



# 수술실 CCTV 촬영 및 이용 동의서

병록번호	진료과
성명	성별/나이
생년월일	<input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 병동(호실)

경기도의료원 포천병원은 개인정보보호법등 관련 법령상의 개인정보보호 규정 준수 및 환자의 개인정보보호에 최선을 다하고 있으며, 개인정보보호법 제 15조 제1항(정보주체의 동의를 받은 경우 개인정보를 수집할 수 있다)에 근거하여 다음과 같이 영상정보를 수집·이용하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 영상정보의 수집·이용 목적 : 수술환자의 권리보호
2. 수집하려는 영상정보의 항목 : 수술실 CCTV 촬영
3. 영상정보의 보유 및 이용기간 : 30일
4. 열람방법 : 병원 개인영상정보 관리책임자 사전 연락 후 방문(포천병원 행정과)

※ 위와 같은 개인영상정보 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다.

▪ 개인영상정보의 수집·이용·제공에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

환자성명(또는 대리인 성명): \_\_\_\_\_ (자필서명) (관계: \_\_\_\_\_ )  
 연락처: \_\_\_\_\_

20    년    월    일    시    분