

미성년자 시술 동의서

1. 본인

성명 :
연락처 :
생년월일 :
주소 :

2. 보호자(법정대리인)

연성명 : 연
연락처 :
생년월일 :
주소 :
관계 :

3. 내용

본인(또는 법정대리인)은 상기 환자()의 보호자로서 아래와 같은 내용을 충분히 이해하였기에 시술 받는 것에 동의합니다. **동의함** ☐

아 래

1. 환자의 상태, 시행될 시술, 마취의 성격과 효과, 발생할 수 있는 위험성 및 합병증에 대해서 충분한 설명을 들었으며, 상담시와 시술 동의 시 자율적인 판단으로 방해할 요소가 없었음을 확인합니다.
2. 환자의 보호자로서 시술의 진행 과정에 대한 일체의 권한을 환자 본인에게 위임 하고 주치의의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 확인합니다
3. 시술 동의서 작성 및 기타 시술을 받는 데에 필요한 모든 절차나 과정 또는 필요한 서류에 서명 날인하여 동의하는 권한 및 책임을 환자 본인에게 위임 합니다.
4. 이 문서가 본인 또는 법정대리인에게 충분히 설명되었으며, 허위 없이 기재되었음을 인정하며 법정대리인(보호자)의 서명 효력을 인정합니다.
5. 시술 동의서를 작성하여 내원하더라도, 통화 연결이 되지 않아 유선상 동의 확인이 이루어지지 않는 경우에는 시술을 진행할 수 없음을 확인합니다