

기간약정서

결	입원	재원관리	파트장	팀장
재				

환 자	성 명	주민등록상의 생년월일	성 별	연락처
	주 소			
약정 기간			신청 번호	

※ 입원약정내용 ※

위 환자가 귀 병원에 입원함에 있어 환자 및 연대보증인은 다음 사항을 충실히 이행할 것을 약정합니다.

1. 병원의 제반 규칙을 준수하고 의사, 간호사 또는 직원의 정당한 요구에 따르며, 담당의사의 의학적 판단에 따른 퇴원 지시가 있을 때 이에 따릅니다.
2. 의사의 의학적 판단에 따른 진찰, 검사 및 치료에 동의하고, 응급상황에서 보호자의 부재 등으로 인해 사전 동의 없이 시행한 응급수술, 검사 등 응급 의료행위에 대해 이의를 제기하지 않으며, 수술 등 진료과정에서 발생하는 모든 문제에 대하여 병원 측에 과실이 있는 경우를 제외하고는 일체의 이의를 제기하지 않습니다.
3. 병원의 정당한 진료지침이나 교육에 반하는 무단외출·외박으로 인하여 발생하는 환자의 손해에 대한 책임은 원칙적으로 환자에게 있습니다.
4. 병원의 비품 또는 기물에 손상을 입히거나 파손하였을 때 이에 대해 변상하고, 현금, 유가증권, 기타 귀중품은 도난의 우려가 있으므로 소지하지 않으며 분실 또는 훼손되었을 때에는 귀 병원에 책임을 묻지 않습니다.
5. 환자가 부담하는 진료비는 귀 병원에서 정하는 납부기한 내에 환자 및 보호자가 연대하여 납부하고, 체납될 때에는 채권 확보를 위한 귀 병원의 법적조치에 이의가 없음을 확인합니다.
6. 보호자는 환자의 입원일로부터 퇴원일까지 발생한 진료비 및 기타 채무의 이행을 보증하며, 보증채무의 최고액은 금 8,000만원으로 합니다. 다만, 환자의 진료비 등 채무가 위 금액을 초과하는 때에는 보증채무의 최고액을 다시 산정하는데 동의합니다.
7. 입원기간 중 이루어진 진단, 검사, 치료 등 의료행위와 관련하여 분쟁이 생겼을 때는 「의료사고피해구제 및 의료분쟁조정등에 관한 법률」에 따라 한국의료분쟁조정중재원에 조정·중재를 신청하거나 「소비자기본법」에 따라 한국소비자원에 피해구제 등을 신청할 수 있습니다.

병원은 정보통신망 이용 촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 및 개인정보보호법에 의거 환자의 진료를 위한 목적과 진료비 청구 등의 목적으로 환자 및 보호자의 개인정보(이름, 생년월일, 주소, 연락처 등)를 수집 및 활용하고, 수집된 정보는 의료법이 정한 기간만 보유하며 그 기간이 만료될 때 등 약정서는 분쇄기로 분쇄하거나 소각하는 방법 등으로 파기합니다. (단, 보관기간 만료 시 진료비가 납부되지 아니한 경우 환자 및 보호자의 개인정보는 진료비 납부가 완료되는 시점까지 보관 기간이 연장됩니다) 또한 환자 및 보호자가 진료비 등의 채무를 이행하지 아니 할 경우 당 병원은 채권추심 업무를 제3자에게 위탁하는 등 '신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률' 등 관련 법령에 따라 채권추심을 할 수 있으며, 이 경우 채권추심을 위하여 환자 및 보호자의 개인정보를 활용하거나 채권추심기관에 제공 할 수 있고 채권추심기관은 채권추심이 이루어지거나 당 병원이 채권추심 업무를 철회할 때까지 위 개인정보를 보유 및 이용할 수 있습니다. (미동의 시 입원 불가 및 진료상의 제약이 있을 수 있습니다)

각종 검사결과, 진료내용 등의 의료정보는 환자의 진료를 위해 의료종사자가 공유할 수 있고, SMS 및 e-mail 등으로 수신하는 것에 동의 합니다. 귀하는 위와 같은 개인정보 수집·활용·제공에 동의하십니까?

위 동의함 (예 아니오)

※ 19년 7월부터 입원진료시 부정수급 및 진료정보 왜곡을 방지하기 위하여 신분증 확인제도가 실시됩니다. 부정수급이 확인되면 진료비 (공단부담금)전액을 환수하고 건강보험법 제115조에 의거하여 「2년이하의 징역 또는 2천만원이하 벌금」에 처해질수 있습니다.

환자 신분증 확인 여부 (예 아니오)

※ 사생활 보호를 위해 입원사항 비공개를 원하는 경우, 환자 본인 외에는 입원기간 동안 병실 호수 및 진료와 관련된 모든 서류 발급 (단, 의무기록 관련 서류는 관계법령 적용함) 및 문의사항을 안내하지 않습니다.

입원 사실 공개 여부 (예 아니오)

년 월 일

약정인 (보호자) : (서명 또는 인) (관계 : 환자의)

※ 보건복지부 「비급여 진료비용 등의 고지 지침」에 따른 비급여 사용 시 비급여 사전설명제도를 시행하고 있으며 설명 후 사용한 비급여는 본인이 전액부담 하겠습니까.

신청인 : (서명 또는 인)

< 보호자 >

성 명	(서명 또는 인) (관계 :)	주민등록상의 생년월일
주 소	연락처	
직 장 명	☎ :	