

병원등록(차트)번호(Hospital Number) : _____

진료기록 열람 및 사본발급 위임장				
ATTORNEY FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION				
수임인 ATTORNEY	성명 Name		전화번호 Telephone	
	주민등록번호 (외국인등록번호) ID No./Passport No.		위임인과의 관계 Relationship	
	주소 Address			
위임인 PATIENT	성명 Name		전화번호 Telephone	
	주민등록번호 ID No./Passport No.			
	주소 Address			
<p>위임인은 「의료법」 제 21 조제 2 항 및 같은 법 시행규칙 제 13 조의 2 에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.</p> <p>The attorney entrusts the donor with the full authority and power to act on the items described on this form under the provision Article 21, Item 2 of Medical Law and Article 13, Item 2 of the application of the law.</p> <p>Date: _____(MM/DD/YYYY)</p> <p>The Patient's Signature: _____</p>				

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

환자 Patient	성명 Name		전화번호 Telephone	
	주민등록번호 ID No. /Passport No.			
	주소 Address			
신청인 Applicant	성명 Name		환자와의 관계 Relationship	
	주민등록번호 ID No. /Passport No.		전화번호 Telephone	
	주소 Address			
사유 및 내용 Purpose & Inform- tion	열람 및 사본 발급하고자 하는 사유 The authorized purpose(s) for this release are:			
	열람 및 사본 발급하고자 하는 내용 Information to be released (check all that apply) ___ 열람 Access medical records ___ 사본복사 Copy of all medical record ___ 소견서 Doctor's Note ___ 진단서 Medical certificate ___ 기타 Other (specify):			
본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인()이 「의료법」 제 21 조제 2 항 및 같은 법 시행규칙 제 13 조의 2 에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.				

I _____ (or the legally appointed representative) approve of the above applicant, access or copying my medical records under the provision Article 21, Item 2 of Medical Law and Article 13, Item 2 of the application of the law.

Date: _____ (MM/DD/YYYY)

Patient / The representative's signature: _____

Remarks: The legally appointed representative signs on behalf of the patient under the American age of 14.

Daegu Fatima Hospital: 940-7114 International Medical Center: 940-7520