

진료동의서

รหัสลงทะเบียน		วันที่		เพศ	
ชื่อ-นามสกุล		หมายเลขหนังสือเดินทาง		อายุ	

กฎหมายการแพทย์ของเกาหลีได้กำหนดให้ ผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมก่อนเข้ารับการรักษา การผ่าตัด และการรักษาทางจิตเวช ผู้เยาว์ในโรงพยาบาล 365mc หมายถึงบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีในอายุเกาหลี (Korean age) โรงพยาบาล 365mc สนับสนุนให้คุณและผู้เยาว์มาพบแพทย์ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่คุณไม่สามารถมาพร้อมกับบุตรหลานได้ เราจำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อให้เราสามารถดูแลและรักษาบุตรหลานของคุณได้ในขณะที่คุณไม่อยู่ กรุณากรอกใบยินยอมในการรักษาทางการแพทย์และให้ผู้เยาว์นำมาในวันนัดหมายหรือแฟกซ์ไปที่สำนักงานของเราก่อน การนัดหมายในวันที่ _____.

คำยินยอมในการรักษาทางการแพทย์

ข้าพเจ้า, _____, เป็นผู้ปกครอง/ผู้แทนตามกฎหมายของผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล 365mc ตรวจสอบและทำการรักษาบุตรหลานของข้าพเจ้าตามวันและเวลานัดหมายที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น และขออนุญาตให้ทำการดูไขมนต์โดยโรงพยาบาล 365mc สำหรับบุตรหลานของข้าพเจ้า

*การอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาจะถูกจัดเตรียมในเอกสารแยกต่างหาก ผู้ป่วยสามารถขอสำเนาของใบยินยอมที่ลงนามนี้ได้

*ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากทางร่างกายหรือจิตใจในการลงนามในใบยินยอมนี้ ผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้ป่วยสามารถลงนามแทนผู้ป่วยได้

ลงวันที่ _____ วัน/เดือน/ปี

ผู้ปกครอง/ผู้แทนตามกฎหมาย (ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____) : _____ (ลายมือชื่อ)

ที่อยู่ :

เบอร์โทรติดต่อ :

บิดามารดา/ผู้แทนตามกฎหมาย : _____ (ลายมือชื่อ)

ที่อยู่ :

หมายเลขหนังสือเดินทาง :

เบอร์โทรติดต่อ :

진료동의서

Registration No.		Date		Sex	
Name		Passport Number		Age	

South Korean Medical Law requires consent for medical, surgical, and psychiatric treatment of minors. In 365mc, MINORS ARE INDIVIDUALS UNDER 19 YEARS of age in Korean age. 365mc Hospital encourage you to accompany your child to his/her appointments. However, on those rare occasions when you cannot, we must have your consent to see and treat your child in your absence. Please complete this consent to the Medical Treatment and have your child bring it with him/her to the appointment or fax it to our office prior to the appointment that will take place _____.

CONSENT TO MEDICAL TREATMENT

I, (name) _____, am the parent or legal guardian of the minor student above.

I hereby authorize 365mc to see and treat my son or daughter indicated above on the appointment date set forth above and consent to the performance of medical treatment for fat loss by 365mc for my son or daughter.

*Further specific doctor's explanation will be provided through another sheet. Patient may request a copy of this signed consent.

*In case patient has physical or mental difficulty in signing this consent, patient's legal guardian may act to sign this consent for patient.

Date: _____ (yy/mm/dd)

Patient or Parent/Legal Guardian (Patient's _____) : _____ (sign)

Address:

Phone:

Parent/Legal Guardian: _____ (sign)

Passport No.:

Address:

Phone: