

미성년자 수술(시술) 동의서

1. 본인 [수술(시술) 받는 사람]

성 명 : _____ (인)
연 락 처 : _____
생 년 월 일 : _____
주 소 : _____

2. 보호자 [법정대리인]

성 명 : _____ (인)
연 락 처 : _____
생 년 월 일 : _____
환자와의 관계 : _____
주 소 : _____

3. 내용

본인(법정대리인)은 상기환자 () 의 보호자로서 아래와 같은 내용을 충분히 이해하였기에 수술(시술) 받는 것에 동의하며, 수술(시술)한 것에 대해 이의를 제기하지 않습니다. 이에 따른 모든 책임은 법정 대리인 본인에게 있음을 확인합니다.

- 아래 -

- 환자의 상태, 시행될 수술(시술), 마취의 성격과 효과, 발생할 수 있는 위험성 및 합병증에 대해 충분히 설명을 들었으며, 상담 시와 수술(시술) 동의 시 자율적인 판단으로 방해할 요소가 없었음을 확인합니다.
- 환자의 보호자로서 수술(시술)의 진행 과정에 대한 일체의 권한을 환자 본인에게 위임하고, 주치의의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 확인합니다.
- 수술(시술)동의서 작성 및 기타 수술(시술)을 받는 데에 필요한 모든 절차나 과정, 또는 필요한 서류에 서명/날인하여 동의하는 권한 및 책임을 환자 본인에게 위임합니다.
- 이 문서가 본인 또는 법정대리인에게 충분히 설명되었으며, 허위 없이 기재되었음을 인정하며 법정대리인(보호자)의 서명 효력을 인정합니다.

20 년 월 일

첨부서류 : 보호자(법정대리인) 신분증 사본, 가족관계 증명서
환자 본인이 만14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.

본 동의서를 법정대리인이 아닌 자가 허위로 작성하거나 서명할 경우, 사문서 위조 등 형사적 책임이 따를 수 있으며, 이로 인한 모든 법적 책임은 작성자 본인에게 있습니다.

보호자(법정대리인) : _____ (인)