

입원 약정서

결재	담당	재원관리	파트장	팀장

		() 상병명			
환자	성명	주민등록상의 생년월일	성별	자택	
	주소			휴대폰	
보험사항	피보험자	기호	증번호	자격취득일	납부금

※ 입원 약정 내용 ※

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

- 귀 병원의 제반 규칙을 준수하고 의사, 간호사 또는 직원의 정당한 요구에 따르며, 담당의사의 의학적 판단에 따른 퇴원 지시가 있을 때에는 이에 따르겠습니다.
- 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 않겠습니다.
- 병원의 비품 또는 기물에 손상을 입히거나 파손하였을 때에는 이에 대해 변상하고, 현금, 유가증권, 기타 귀중품은 도난의 우려가 있으므로 소지하지 않으며 분실 또는 훼손되었을 때에는 귀 병원에 책임을 묻지 않겠습니다.
- 각종 검사결과, 진료내용 등 의료정보는 환자의 진료를 위해 의료 종사자가 공유할 수 있고 SMS, 이메일로 수신하는 것에 동의합니다.
- 환자가 부담하는 진료비는 귀 병원에서 정하는 납부기한 내에 환자 및 연대보증인(연대보증인이 있는 경우)이 연대하여 납부하고, 체납될 때에는 채권 확보를 위한 귀 병원의 법적조치에 이의가 없음을 확인합니다.
- 연대보증인은 환자의 입원일로부터 퇴원 시까지 발생한 진료비 및 기타 채무의 이행을 보증하며, 보증채무의 최고액은 금8,000만원으로 합니다. 다만, 환자의 진료비 등 채무가 위 금액을 초과하는 때에는 보증채무의 최고액을 다시 산정하는데 동의합니다.
- 입원기간 중 이루어진 진단, 검사, 치료 등 의료행위와 관련하여 분쟁이 생겼을 때에는 「소비자기본법」에 따라 한국소비자원에 피해구제 등을 신청할 수 있습니다.
- 당 병원은 신포괄수가제 시범사업 의료기관으로 입원 상병이 신포괄수가 질병군에 해당되면 신포괄수가제로 진료비를 계산합니다.

※ 개인정보 수집·활용·제공 동의

- 본원은 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 및 개인정보보호법에 의거 환자의 진료를 위한 목적과 진료비 청구 등의 목적으로 환자 및 연대보증인의 개인정보(성명, 생년월일, 주소, 연락처 등)를 수집 및 활용하고, 수집된 정보는 의료법이 정한 기간 동안만 보유하며 그 기간이 만료될 때 동 약정서는 분쇄기로 분쇄하거나 소각하는 방법 등으로 파기합니다(단, 보관기간 만료 시 진료비가 납부되지 아니한 경우 환자 및 연대보증인의 개인정보는 진료비 납부가 완료되는 시점까지 보관기간이 연장됩니다). 또한 환자 및 연대보증인이 진료비 등의 채무를 이행하지 아니할 경우 본원은 채권추심 업무를 제3자에게 위탁하는 등 '신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률' 등 관련 법령에 따라 채권추심을 할 수 있으며, 이 경우 당병원은 채권추심을 위하여 환자 및 연대보증인의 개인정보(성명, 생년월일, 주소, 연락처 등)를 활용하거나 채권추심기관에 제공할 수 있고 채권추심기관은 채권 추심이 이루어지거나 본원이 채권추심 업무를 철회할 때까지 위 개인정보를 보유 및 이용할 수 있습니다. 귀하는 위와 같은 개인정보 수집·활용·제공에 동의하십니까? (예 아니오)
- 환자의 사생활 보호와 관련하여 입원기간 중 병실에 관한 정보를 공개하는 것에 동의하십니까? (예 아니오)

년 월 일 약정인 : (서명) (관계: 환자의)

※ 건강보험증(신분증)부정사용 및 진료정보 왜곡을 방지하기 위하여 본인확인 제도가 실시됩니다.
증 부정수급이 확인되면 진료비(공단부담금)전액을 환수하고 「2년 이하의 징역 또는 2천만원이하 벌금」에 처할 수 있습니다.
환자 신분증 확인 여부 (예 아니오)

< 비급여 진료비용 사용신청서 >

- 상급병실 _____인실 (_____원/일)의 사용을 신청하며 상급병실료를 본인이 전액부담 하겠습니다.
- 보건복지부 「비급여 진료비용 등의 고지 지침」에 따른 비급여 사용 시 비급여 사전설명제도를 시행하고 있으며 설명 후 사용한 비급여는 본인이 전액부담 하겠습니다.

신청인 : (서명)

< 연 대 보 증 인 >

성명	(서명)	주민등록상의 생년월일	성별	남 · 여
주소				관계: 환자의 ()
직장명	자택번호		휴대폰	

성명	(서명)	주민등록상의 생년월일	성별	남 · 여
주소				관계: 환자의 ()
직장명	자택번호		휴대폰	

진료비 환불계좌	은행명	계좌번호	예금주	환자와 관계	본인
	가퇴원 또는 기타사유로 진료비 환불금이 발생했을 경우 작성하신 계좌로 입금처리 해드리겠습니다. 해당 정보는 진료비 환불을 위해서만 사용하며, 절대 다른 용도로 사용되지 않습니다. 본인 계좌만 가능합니다.				

※ 기타사항