

입원약정서 (기간)

결	담 당	재원관리	파트장	팀 장	부 장
재					

환	성 명	주민등록상의 생년월일	성별	자 택
자	주 소			휴대폰
약 정 기 간				신 청 번 호

※ 입 원 약 정 내 용 ※

- 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 따를 것입니다.
 - 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.
 - 입원기간 중 이루어진 진단, 검사, 치료 등 의료행위와 관련하여 분쟁이 생겼을 때에는 「소비자기본법」에 따라 한국소비자원에 피해구제 등을 신청할 수 있습니다.
 - 환자가 본 입원약정서 작성일로부터 1년 이내에 (이하 '보증기간'이라 함) 반복하여 재입원하는 경우 연대보증인은 그 때마다 별도의 보증계약 없이도 본건 연대보증계약의 효력으로 위 보증기간 동안의 환자의 진료비 및 기타 채무의 이행에 대해 연대보증책임을 지며, 연대보증인의 보증채무의 최고금액은 금 8,000만원으로 합니다. 다만, 환자가 위 보증기간 중에 입원하였으나 보증기간이 만료하도록 퇴원하지 못하는 경우에는 퇴원일까지 보증기간이 연장되는데 동의하며 환자의 진료비 등 채무가 위 금액을 초과하는 때에는 보증채무의 최고금액을 다시 산정하는데 동의합니다.(단, 부득이한 경우 별도의 보증계약서를 추가로 작성할 수 있습니다.)
 - 보증기간 만료 15일전까지 갱신거절의 통지가 없는 경우 본 연대보증계약은 자동으로 갱신되며, 갱신된 연대보증계약의 보증기간 및 보증채무 최고금액은 본건 연대보증계약과 동일합니다.
본 조항은 환자의 질병의 특성상 지속적으로 입·퇴원의 반복이 필요한데 그 때마다 연대보증인이 병원에 내원하여 연대보증계약을 체결하여야 하는 불편을 피하기 위한 것이라는 점을 인식하며, 향후 환자가 반복하여 재입원하는 경우 병원에서 연대보증인에게 별도의 통지를 생략하는데 동의합니다.
- ※ 개인정보 수집·활용·제공 동의
- 9.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 분쇄하거나 소각하는 방법 등으로 파기합니다. (단, 보관 기간 만료 시 진료비가 납부되지 아니한 경우 환자 및 연대보증인의 개인정보는 진료비 납부가 완료되는 시점까지 보관기간이 연장됩니다.) 또한 환자 및 연대보증인이 진료비등의 채무를 이행하지 아니할 경우 본원은 채권추심 업무를 제3자에게 위탁하는 등 '신용 정보의 이용 및 보호에 관한 법률' 등 관련 법령에 따라 채권추심을 할 수 있으며, 이 경우 당 병원은 채권추심을 위하여 환자 및 연대보증인의 개인정보(성명, 생년월일, 주소, 연락처 등)를 활용하거나 채권추심기관에 제공할 수 있고 채권추심기관은 채권 추심이 이루어 지거나 본원이 채권추심 업무를 철회할 때까지 위 개인정보를 보유 및 이용할 수 있습니다. 귀하는 위와 같은 개인정보 수집·활용·제공에 동의하십니까? (예 : 아니오 :)
- 10.환자의 사생활 보호와 관련하여 입원기간 중 병실에 관한 정보를 공개하는 것에 동의하십니까? (예 : 아니오 :)
- 년 월 일 약정인(동의인1): (서명 또는 인) (관계:환자의)
 약정인(동의인2): (서명 또는 인) (관계:환자의)
 약정인(동의인3): (서명 또는 인) (관계:환자의)

< 연 대 보 증 인 >

성 명	(서명 또는 인)	주민등록상의 생년월일	성 별	남 · 여
주 소				관계:환자의 ()
소 유 형 태	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 기타	연 락 처	자 택	
직 업	직 장 명		직 장	
			휴 대 폰	

성 명	(서명 또는 인)	주민등록상의 생년월일	성 별	남 · 여
주 소				관계:환자의 ()
소 유 형 태	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 기타	연 락 처	자 택	
직 업	직 장 명		직 장	
			휴 대 폰	