

입원/등록 동의서 암 치료 센터

Admission / Registration Agreement
Center for Cancer Care

동의 및 치료 승인: 본인은 암 치료 센터에서 본 동의서 서명일로부터 **365일 동안 방문 등** 본 병원 및 의료진에 의한 입원 및 치료를 요청하고 이에 동의하며, 모든 일상적 병원 활동, 치료, 검사, 진단 서비스를 허락합니다. 본인은 동의서의 서명자로서 동의서를 읽고 완전히 이해하였습니다. 본인은 서명함으로써 입원/등록 동의서에 관해 질문함으로써 모든 문의 사항에 답변을 들을 기회를 부여 받았음을 인정합니다. 본인은 자발적으로 병원 치료에 동의하고, 병원 치료의 조건을 수락합니다. 본인은 의학은 정확한 과학이 아니며 진단 및 치료가 부상, 심지어는 사망 등의 위험을 내포하고 있음을 이해합니다. 본인은 간호 및 치료 과정 중에 다양한 유형의 검사와 진단적 치료 시술(이하 “시술”)이 필요할 수 있음을 이해합니다. 본인은 전문 의료진이 자신의 전문적인 판단력을 행사하여 합리적으로 필요하거나 바람직하다고 판단할 때 동의서가 획득된 시점에 예상되지 않았거나 알 수 없던 시술 등 시술을 수행하는 것에 동의합니다. 본인은 인턴, 대리인, 전문기사, 학생들이 본인의 간호 및 치료에 참관 및 참여하는 것에 동의합니다. 본인은 병원에서 받은 검사나 치료의 결과에 대해 어떠한 보증도 이루어지지 않았음을 인정합니다.

본인은 의사, 간호사, 전문기사, 의사 보조사 또는 기타 의료 전문가(이하 “전문 의료진”)가 시술을 수행할 수 있다는 점을 이해합니다. 일반적으로는 사고 없이 시술이 이뤄지지만 각 시술과 관련된 중요한 위험이 있을 수 있습니다. 본인은 각 시술의 모든 위험을 나열하는 것은 불가능하고 이 양식이 시술과 관련하여 가장 흔히 발생하는 중요 위험 및 대안(존재 시)을 파악하기 위한 시도로써의 역할만 한다는 점을 이해합니다. 또한 본인은 다양한 전문 의료진이 중요한 위험, 대안 시술 내용에 대해 다른 의견을 가질 수 있다는 점을 이해합니다. 본인의 간호에 참여하는 전문 의료진은 문서화된 본인의 병력 뿐만 아니라 본인, 가족, 본인에 대한 지식을 갖고 있는 기타 사람으로부터 획득된 정보에 의존하여 시술을 수행 또는 추천할 지 여부를 결정합니다. 따라서, 본인은 본인의 병력 및 상태에 대해 정확하고 온전한 정보를 제공할 것에 동의하고, 검사나 시술에 대한 본인의 동의를 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다. 이러한 시술에 관련한 문의사항이나 문제가 있을 경우, 본인은 의사에게 추가 정보를 제공해 줄 것을 요청할 것입니다. 또한 본인은 담당의가 추가 동의서 서류에 서명하도록 요청할 수 있다는 점을 이해합니다.

시술에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.

- (1) 주사, 주입, 정맥 선, 정맥 주사(IV)와 같은 **바늘 투입** 이러한 유형의 시술과 관련된 중요 위험으로는 신경 손상, 감염, 침윤(액체가 주변 조직으로 누출되는 현상), 흉터, 사지 기능 상실, 전신 마비 또는 부분 마비, 사망 등이 있고 이에 국한되지 않습니다. 바늘 투입의 대안(가능한 경우)으로는 구강, 직장, 비강 또는 국소 약(각 대안의 효과는 바늘 투입보다 낮음) 또는 치료 거부가 있습니다.
- (2) 활력 징후, 신체 내부 검사, 상처 세정, 상처 도포, 관절 가동 범위 확인, 기타 유사 시술 등 **중요 신체 검사, 평가 및 치료** 이 유형의 시술과 관련된 중요 위험으로는 알레르기 반응, 감염, 심각한 출혈, 근골격계 또는 내부 부상, 신경 손상, 사지 기능 상실, 전신 마비 또는 부분 마비, 흉터, 상태 악화, 사망 등이 있고 이에 국한되지 않습니다. 시술 변경 및/또는 치료 거부 이외에 다른 실질적 대안은 존재하지 않습니다.
- (3) 구강, 직장, 국소 또는 눈, 귀, 코를 통한 **약물 투여** 이 유형의 시술과 관련된 중요 위험으로는 뚫림, 찔림, 감염, 알레르기 반응, 뇌손상 또는 사망이 있고 이에 국한되지 않습니다. 다양한 투여 방법 및/또는 치료 거부 이외에 다른 실질적 대안은 존재하지 않습니다.
- (4) 랩 검사 및 분석을 위해 사용된 항목 등 **혈액, 체액 또는 조직 샘플 채집** 이 유형의 시술과 관련된 중요 위험으로는 마비 또는 부분 마비, 뇌손상, 감염, 출혈 및 사지 기능 상실이 있고 이에 국한되지 않습니다. 장기 관찰 및/또는 치료 거부 이외에 다른 실질적 대안은 존재하지 않습니다.

입원 조건
암 치료 센터

Conditions of Admission
Center for Cancer Care

(5) 방광 카테터 설치, 경비위관, 직장관, 배수관, 관장 등 **내부관 삽입** 이 유형의 시술과 관련된 중요 위험으로는 내부 부상, 출혈, 감염, 알레르기 반응, 방광 통제력 상실 및/또는 카테터 제거 후 배뇨 시 어려움 등이 있습니다. 외부 수집 장치 또는 치료 거부 이외에 다른 실질적 대안은 존재하지 않습니다.

병원 정책 및 절차 준수: 본인은 병원 내 금연 정책 등 병원의 모든 정책과 절차를 준수하는 데 동의합니다.

개인 귀중품: 본인은 Gwinnett Hospital System이 귀중품 보관함 시설을 제공한다는 점을 이해합니다. 이에 따라 본인이 소지 중이었거나 다른 사람이 가져다 준 귀중품 또는 개인 소지품의 분실이나 손상으로 인한 책임으로부터 본인은 Gwinnett Hospital System을 제외합니다.

독립 계약업체: Gwinnett Hospital System의 내과 의사, 치과 의사, 구강 외과 의사, 발 전문의, 심리 전문의들은 병원의 독립 계약자이고 병원의 직원이나 종개인이 아닙니다. 내과 의사, 치과 의사, 구강 외과 의사, 발 전문의, 심리 전문의들은 독립 계약자로서 자신의 행동에 책임을 집니다. 본인은 이들의 의료 서비스에 해당하는 별도의 청구서를 받을 수 있다는 점을 이해합니다. 또한 서비스를 제공한 해당 의사들이 본인이 속한 건강 보험에 참여하는 멤버가 아닐 수 있다는 점을 이해합니다. 본인의 보험상, 이러한 서비스들은 비보장 서비스로 간주될 수 있습니다. 따라서 본인이 속한 건강 보험은 이러한 비참여 의사들이 본인에게 제공한 서비스 비용을 전액 환급해 주지 않고, 본인이 속한 건강 보험은 해당 서비스에 대해 지급이 거부된 잔액의 책임을 본인에게 묻는다는 점을 이해합니다.

환자의 권리: 이 병원에는 모든 환자를 인종, 국적, 종교적 신념, 나이 또는 성별과 관계 없이 입원시키고 치료하며, 입원에 관해 동일한 의학적 기준이 모두에게 적용됩니다. 또한 환자의 권리로는 존엄성을 가지고 치료 받을 권리, 치료 제공자의 신원을 알 권리, 본인의 치료에 관한 의사 결정에 참여할 권리, 가족이나 본인이 선택한 대변인들이 본인의 치료에 참여할 범위를 결정할 권리, 사전지시서를 돌 권리, 개인정보보호, 보안, 병원 외부 사람들과의 커뮤니케이션에 관한 권리, 목회자 간호 및 보호 서비스를 이용할 권리, 치료에 동의 또는 거부할 권리(연구 포함), 직원의 강제, 처벌, 편의 또는 보복의 수단으로서 가해진 제한 사항이나 격리로부터 자유로울 권리 등이 있고, 환자는 병원의 환자 대변 사무실에 연락하여 내부 불만 절차를 이용하거나, 지역 사회 건강부 (주소: Two Peachtree St., NW, Atlanta, Ga. 30303-3142, 전화: 1-800-878-6442)에 연락함으로써 환자의 문제에 대한 외부 심사를 받을 권리가 있습니다.

특별 지원 요청: 우리 병원은 청각 장애 또는 기타 특수 필요 사항이 있는 환자 및 환자의 간호 및 치료에 참여하는 기타 사람들과 효과적으로 의사 소통하기를 희망합니다. 청각 장애자 또는 듣는데 어려움이 있는 사람들은 수화 및 언어 통역관, TDD(청각 장애자를 위한 텔레커뮤니케이션 장치), TV 자막, 음량 조절 전화기, 기타 보조 기구 및 서비스 무료로 이용할 수 있습니다. 또한, 우리 병원은 도움이 필요한 환자들에게 외국어 통역 서비스를 제공해 드립니다. 도움을 받으시려면 환자 직원이나 환자 대변 사무실(678-312-4399)로 연락해 주십시오.

치료 폐기: 본인은 병원이 본인의 입원 기간 중에 본인으로부터 제거된 특정 치료, 조직 또는 일부를 폐기한다는 점을 인정하고 이에 동의합니다. 폐기에 대한 다른 요청이 생길 경우, 병원 간호사와 논의할 수 있음을 이해합니다.

서명자: _____

환자/환자 대리인 본인이 아닐 경우 환자와의 관계 날짜

입회인: _____

입원 조건

암 치료 센터

Conditions of Admission
Center for Cancer Care

서명 불가 사유: _____

Gwinnett Hospital 관계자 이용란:

이번에 사용된 통역 서비스

통역사 - 이름 또는 전화번호 _____

날짜/시간 _____ 언어 _____