요양급여의뢰서

한양대학교병원 진료협력센터(HRC)
홈페이지 https://srefer.hyumc.com
의사전용전화 02-2290-9717, 080-293-0017
의사전용팩스 080-293-0019
응급 및 야간전용 02-2290-8787~8

수 진 자 인적사항	성 명		주민등록번호	-
	주 소			
	전 화 번 호		휴대폰 번호	
	※ 의료급여대상자는 2차 의료기관(병원급)에서 발급된 요양급여 의뢰서가 필요합니다.			

상 병 명	
수진자 상태 및 진료소견	

한양대학교병원 예 약 정 보	진료과		의사명	
	예약일	년 월 일	진료장소	☐ 외래 ☐ 응급실

의뢰병원	병 원 명		요양기관번호	
	의 사 명		면 허 번 호	
	전화번호		진료의뢰일	년 월 일

진료정보제공 환자동의서

- **개인정보를 제공받는 자** : 진료의뢰 의사
- **개인정보 제3자 제공 정보 동의 목적**
  진료의 연속성을 위해 한양대학교병원에서의 환자 진료 정보를 제공하기 위함
- **제공하는 정보의 항목**
  · 개인정보 : 성명, 연락처, 주민등록번호
  · 민감정보 : 모든 진료정보
- **정보 제공 방법** : 전화, 우편, 팩스, 홈페이지 등을 통하여 제공
- **개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용기간** : 동의한 진료일로부터 1년
- **동의를 거부할 권리가 있다는 사실과 동의 거부에 따른 불이익 내용**
  환자는 개인정보 제공을 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시에는 진료정보가 제공되지 않습니다.

상기 내용을 확인하였습니다. ☐ **동의** ☐ **동의하지 않음**

환자/법정대리인 : (서명) (관계:) 생년월일 :

※ 수진자의 진료내용은 환자권리와 개인정보 보호를 위하여 수진자 본인 또는 법정대리인이 동의한 경우에만 공개됩니다.