

미성년자 시술 동의서

본인(법정대리인)은 환자_____의 보호자로서 아래와 같은 내용을
충분히 이해하였기에 시술 받는 것에 동의합니다.

- 환자의 상태, 시행될 시술, 마취의 성격과 효과, 발생할 수 있는 위험성 및 합병증에 대해서
충분한 설명을 들었으며, 상담 시와 시술 동의 시 자율적인 판단으로 진행하였음을 확인합니다.
- 환자의 보호자로서 시술의 진행 과정에 대한 일체의 권한을 환자 본인에게 위임하고,
주치의의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 확인합니다.
- 시술 동의서 작성 및 기타 시술을 진행하는데 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.

<보호자 동행 가능하실 경우 지참 서류>

- 보호자 신분증 또는 여권 지참

본인 (시술 받는 사람)

성명: _____(인)

연락처: _____

생년월일: _____

주소: _____

보호자 (법정대리인)

성명: _____(인)

연락처: _____

생년월일: _____

환자와의 관계: _____

주소: _____

<보호자 동행 어려우실 경우 지참 서류>

- 부모님 신분증 사본
- 본인 신분증, 학생증, 여권 등
- 가족관계증명서 또는 주민등록등본
- 부모님 친필 동의서

날짜: _____

보호자: _____

