

호스피스·완화의료 이용동의서

※ 색상이 어두운 부분은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일시	처리기간	즉시
환자	성 명	주민등록번호	
	주 소	전화번호	
대리인 (대리인이 신청하는 경우만 작성합니다)	성 명	주민등록번호	환자와의 관계
	주 소	전화번호	
신청 전문기관 (병원)	호스피스전문기관명		

본인은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제27조제1항에 따라 호스피스의 선택과 이용 절차에 관한 설명을 들었으며, 본인 의사에 따라 호스피스·완화의료 이용에 동의합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

〇〇〇〇 호스피스전문기관 귀하

제출서류	호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서	수수료 없 음
------	-----------------------	------------

개인정보 수집·이용·제공 동의서

본인은 「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제24조 및 제24조의2에 따라 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조의2에 따른 업무를 수행하기 위해 보건복지부(해당 권한이 위임·위탁된 경우에는 그 권한을 위임·위탁받은 자를 포함합니다)가 중앙호스피스센터, 권역별호스피스센터 및 호스피스전문기관과 정보연계를 위해 개인정보를 수집·이용·제공하는 데 동의합니다.

신청인

(서명 또는 인)

유의사항

- 이 신청서는 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따른 호스피스 이용 신청 및 같은 법 제28조의2에 따른 호스피스종합정보시스템 등록을 위해 작성하는 동의서이며, "연명의료중단등결정"에 대한 동의서가 아닙니다.
- 이 신청서는 환자가 직접 작성하는 것이 원칙이며, 환자가 직접 작성할 때에는 대리인란은 작성하지 않습니다.
- 환자가 의사결정능력이 없을 때에는 환자가 미리 지정한 대리인이 신청할 수 있고, 지정대리인이 없을 경우에는 환자가족(19세 이상인 사람만 해당합니다) 중 배우자, 직계비속, 직계존속, 형제자매 순으로 대리하여 신청할 수 있습니다.
- 환자는 언제든지 별지 제20호의2서식의 호스피스 이용 철회서를 제출하거나 구두로 호스피스 이용 신청을 철회할 수 있습니다. 다만, 대리인을 통하여 철회하는 경우에는 별지 제20호의2서식의 호스피스 이용 철회서 및 대리권을 수여하였음을 증명하는 서류를 함께 제출하여야 합니다.
- 호스피스전문기관의 의료인은 호스피스대상환자 및 그 가족 등에게 호스피스·완화의료의 선택과 이용 절차에 관하여 설명하여야 하고, 호스피스를 이용 신청하기 전에 치료 방침을 호스피스대상환자 및 그 가족에게 설명하여야 하며, 호스피스대상환자나 그 가족이 질병의 상태에 대하여 알고자 할 때에는 이를 설명하여야 합니다.

처리절차

신청서 작성	➔	접수	➔	제출서류 확인 및 검토	➔	결정	➔	등록
--------	---	----	---	-----------------	---	----	---	----

신고인

처리기관: 〇〇〇〇 호스피스전문기관