

Consent Form for Disclosure and Copy of Medical Records

(진료기록 열람 및 사본발급 동의서)

Patient (환자본인)	Name (성명)		Contact No. (연락처)	
	Social Security No. (주민등록번호) (Alien Card No.) (외국인등록번호)	※ Please write you date of birth if you do not have a social security number or ARC number		
	Address (주소)			
Applicant (신청인)	Name (성명)		Relationship to Patient (환자와의 관계)	
	Social Security No. (주민등록번호) (Alien Card No.) (외국인등록번호)		Contact No. (연락처)	
	Address (주소)			
Range of Disclosure and Copy of Medical Records (열람 및 사본 발급 범위)	Reason for Disclosure of Medical Records (열람하고자하는 내용 및 사유)			
	Reasons for Copy of Medical Records (사본발급 받고자 하는내용 및사유)			

I, the patient (or Legally Authorized Representative) agree that the applicant () can disclose and you're your medical records, according to the 「Medical Law」 Article 21 clause 2 of the Korea Medical Service Act and Article 13-2 of the Enforcement Decree of the Medical Service Act.

(본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인()이 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.)

Year Month Day
(년) (월) (일)

Patient(or Patient's Legal Guardian)
(본인 (또는 법정대리인))

(Signature)
(자필서명)

Note: If the patient is less than 14 years of age the Legal Guardian has to fill out the form.

(비고: 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.)

210mm×297mm[Plain Pper 60g/m²(For Recycling)]

(210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)])