

계명대학교 동산병원
요양급여의뢰서
(진료의뢰서)

진료협력센터
진료예약 053) 250-7116, 7117, 7070 / FAX 053) 250-7820
암센터(암환자 의뢰)
진료예약 053) 250-7800 / FAX 053) 250-8178
응급의료센터
Tel 053) 250-7167, 7177

■ 접수하실 곳 : 외래1층 진료의뢰센터(10번 창구)

과		교수님께 다음과 같이 환자를 의뢰하오니 진료를 부탁드립니다.			
진료예약일시	20	년	월	일	시
수진자 성명				주민등록번호	
주소					
전화번호				휴대폰번호	
상병명					

수진자 상태 및 진료소견



국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조 제3항의 규정에 의하여 위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.

년 월 일

요양기관명 _____

소재지 _____

전화번호 _____ (인)

담당의사명 _____ (서명 또는 인)

■ 수진자의 개인정보 및 건강정보는 의뢰의사의 진료와 치료목적에 한하여 수진자 본인 또는 직계 가족이 동의한 경우에만 서로 공유하며 제공됩니다.

진료정보제공 동의서

본인은 상호진료협력을 위하여 홈페이지 진료정보공유시스템 및 진료(경과) 회신서를 통하여 본인의 진료정보를 진료일 이후 1년간 의뢰의사가 공유하는것에 동의합니다.(진료정보 : 검사결과, 투약내용, 퇴원요약지, 치료계획 등)

년 월 일

주민등록번호: _____ 본인(대리인) _____ (서명)

수진자로부터 진료정보제공 동의를 받은 후 동산병원 진료의뢰센터 홈페이지-진료정보공유시스템을 이용하여 진료정보를 얻으실 수 있습니다.
<http://refer.dsmc.or.kr> [진료정보공유시스템]

