

정보 공개 동의 철회

환자의 성	이름	중간이름 이니셜
, 케이스 번호		
시설	부서	

**안내 사항:** 양식 사본을 환자에게 제공하십시오! 환자의 케이스 기록 사본을 1부 준비하십시오.

환자의 동의를 통한 공개

공개가 허용된 개인 또는 조직의 이름이나 직함 수신:	
정보를 공개하는 개인이나 조직의 이름 또는 직함 발신:	
최초 승인 날짜	

서명자인 본인은 상기 개인/조직에게 정보를 공개하는 것에 대한 본인의 승인을 철회하며, 본인의 동의로 인해 이미 취해진 조치는 제외합니다.

일반적으로 이 프로그램은 본인의 동의서 서명에 대한 동의 여부를 조건으로 하지 않을 수 있지만 특정 제한적 상황에서 본인이 동의서에 서명하지 않거나 철회할 경우 치료가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인이 기권, 집행 유예 또는 가석방의 조건으로서 동의를 필요로 하는 법적 권한의 공개에 대한 동의를 철회할 경우, 조치가 있을 수 있음을 인식합니다. 본인은 아래에 서명함으로써 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

\_\_\_\_\_  
(환자 서명)

\_\_\_\_\_  
(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

\_\_\_\_\_  
(환자 성명을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(날짜)