

초진접수증

개인정보 수집 및 이용 동의서
 ※ 교통사고내원 시 미리 말씀해주세요.

성명 (인)	주민등록번호
자택번호	휴대폰
주소	
내원경유 <input type="checkbox"/> 지인소개 <input type="checkbox"/> 광고 <input type="checkbox"/> 인터넷검색 <input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 기타()	

동탄시티병원은 「의료법 및 개인정보동의에 관한 법률」에 근거하여 개인정보의 수집·이용 등에 관한 동의를 받고있으며 보유하고 있는 개인정보는 관계법령에 따라 적법하게 처리하고있습니다. 또한 성명, 주민등록번호,주소,연락처 병력 및 가족력 등의 법령에서 허용하고 있으므로 법령에 근거한 개인정보의 처리와 관련 법령의 규정을 준수하고 있습니다.

■ 개인정보의 수집 및 처리등의 목적

1. 교육,연구,치료 결과 추후 조사에 필요한 자료
2. 외부수탁검사 및 임상시험심사를 위한 기초자료
3. 건강 컨텐츠 및 임상연구정보 제공
4. 진료비 계산서,검진 및 검사관련 물품 발송
5. 고지사항전달,불만처리 등을 위한 의사소통 경로로 이용
6. 새로운 서비스 및 행사정보 안내제공
7. 신규 서비스 개발과 개인 맞춤 서비스 제공

의료법상의 진료기록부 보존기간10년을 원칙으로 하며 단의료법외에 다른법령개인정보보호법등에서정한 기간을준수합니다

■ 진료를 위한 제3자에 대한 정보 제공

1. 타 의료기관에서 진료 의뢰된 고객에 한하여 진료의뢰서(소견서)를 작성한의료 기관이고객님께 적절한진료를 시행할수 있도록 그의료기관에 검사및 진단결과 등진료에 필요한정보를 제공합니다
2. 본인은 본 병원이다음과 같은업체에 대하여진료에 필요한정보를 제공하는것에 동의합니다
 제공업체 : E3TS(콜센터), 캡스(CCTV) 동의 동의하지않음

※동의 거부시 진료의료기관 및의료원내 타병원내 직접진료기록사본을 제출해야하는불편함이 있습니다

■ 개인정보 수집 항목

1. 필수항목 : 성명,주소,연락처,주민등록번호
2. 선택항목 : 이메일, SNS

위 목적으로 발송되는 문자 메시지(SMS) Eh는 또는 전자우편(e-mail)r수신에 동의합니다.

• 문자메세지 : 동의 동의하지않음 • 전자 우편: 동의 동의하지않음

※ 참고사항

1. 개인정보제공 및 이용에 동의하신 후에도 언제든지 정보열람 및 정정을 요구할 수 있습니다.
- 2.고객님이 정보제공 및이용 동의를 거부할수 있으나 동의를 거부한경우에는 그에 불이익을 받을 수 있습니다

년 월 일

환자명 : (인)

대리인 : (인)

초진접수증

개인정보 수집 및 이용 동의서
 ※ 교통사고내원 시 미리 말씀해주세요.

성명 (인)	주민등록번호
자택번호	휴대폰
주소	
내원경유 <input type="checkbox"/> 지인소개 <input type="checkbox"/> 광고 <input type="checkbox"/> 인터넷검색 <input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 기타()	

동탄시티병원은 「의료법 및 개인정보동의에 관한 법률」에 근거하여 개인정보의 수집·이용 등에 관한 동의를 받고있으며 보유하고 있는 개인정보는 관계법령에 따라 적법하게 처리하고있습니다. 또한 성명, 주민등록번호,주소,연락처 병력 및 가족력 등의 법령에서 허용하고 있으므로 법령에 근거한 개인정보의 처리와 관련 법령의 규정을 준수하고 있습니다.

■ 개인정보의 수집 및 처리등의 목적

1. 교육,연구,치료 결과 추후 조사에 필요한 자료
2. 외부수탁검사 및 임상시험심사를 위한 기초자료
3. 건강 컨텐츠 및 임상연구정보 제공
4. 진료비 계산서,검진 및 검사관련 물품 발송
5. 고지사항전달,불만처리 등을 위한 의사소통 경로로 이용
6. 새로운 서비스 및 행사정보 안내제공
7. 신규 서비스 개발과 개인 맞춤 서비스 제공

의료법상의 진료기록부 보존기간10년을 원칙으로 하며 단의료법외에 다른법령개인정보보호법등에서정한 기간을준수합니다

■ 진료를 위한 제3자에 대한 정보 제공

1. 타 의료기관에서 진료 의뢰된 고객에 한하여 진료의뢰서(소견서)를 작성한의료 기관이고객님께 적절한진료를 시행할수 있도록 그의료기관에 검사및 진단결과 등진료에 필요한정보를 제공합니다
2. 본인은 본 병원이다음과 같은업체에 대하여진료에 필요한정보를 제공하는것에 동의합니다
 제공업체 : E3TS(콜센터), 캡스(CCTV) 동의 동의하지않음

※동의 거부시 진료의료기관 및의료원내 타병원내 직접진료기록사본을 제출해야하는불편함이 있습니다

■ 개인정보 수집 항목

1. 필수항목 : 성명,주소,연락처,주민등록번호
2. 선택항목 : 이메일, SNS

위 목적으로 발송되는 문자 메시지(SMS) Eh는 또는 전자우편(e-mail)r수신에 동의합니다.

• 문자메세지 : 동의 동의하지않음 • 전자 우편: 동의 동의하지않음

※ 참고사항

1. 개인정보제공 및 이용에 동의하신 후에도 언제든지 정보열람 및 정정을 요구할 수 있습니다.
- 2.고객님이 정보제공 및이용 동의를 거부할수 있으나 동의를 거부한경우에는 그에 불이익을 받을 수 있습니다

년 월 일

환자명 : (인)

대리인 : (인)