

대학 의료 센터
치료 동의서

의료 센터에서 치료를 받으려면 다음 조건을 확인하고 동의해야 합니다.

확인 및 동의사항:

- 1) 본인은 본인의 주치의나 기타 의료 행위자가 필요하다고 판단하고 이들이 권고하는 의료 행위 및 치료에 동의합니다. 여기에는 의료 행위자의 일반 또는 특별 지시에 따라 본인에게 제공되는 의료 행위 또는 외과 치료/수술, 진단검사 서비스, X선 촬영(X-ray) 서비스 및/또는 기타 보조 서비스가 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.
- 2) 본인에게 제공되는 일체의 서비스 및 제공품에 대해 발생하는 비용은 본인이 지불한다는 사실을 인정하고 이해합니다. 또한 제공받는 서비스 중 보장 범위를 확인하기 위해 본인의 보험회사에 문의하는 것은 본인의 책임임을 이해합니다.
- 3) 본인에게 미국 오리건 대학교와 결연되어 있지 않은 개인 보험이 있을 경우 보상을 받기 위해 본인의 보험회사에 직접 관련 양식을 제출하는 것은 본인의 책임임을 이해합니다.
- 4) 예약을 취소하거나 변경해야 할 경우 사전 통보할 것에 동의합니다. 그렇게 하지 않을 시에는 노쇼(No Show)/취소 지연 수수료가 발생할 수 있으며, 이 금액은 보험사를 통해 보상을 받을 수 없다는 사실을 이해합니다.
- 5) 본인의 의학적 상태와 관련하여 본인이 제공한 정보는 본인이 알고 있는 한 정확하며 완전한 것임을 보증합니다.

본인은 아래에 서명함으로써 치료 행위에 동의하고 개인정보 보호에 관한 내용을 받았음을 확인합니다.

이름(정자체): _____

서명: _____

오늘 날짜: _____