

진료동의서

No. Registrasi		Tanggal		Jenis Kelamin	
Nama		No. Passport		Umur	

Sesuai dengan Undang-Undang Medis Korea Selatan, diperlukan persetujuan untuk perawatan medis, bedah, dan psikiatri bagi anak di bawah umur. Di 365mc, anak di bawah umur didefinisikan sebagai individu yang berusia di bawah 19 tahun dalam perhitungan usia Korea. 365mc Hospital menganjurkan agar orang tua atau wali mendampingi anak saat konsultasi dan prosedur dilakukan. Namun, dalam kasus di mana hal ini tidak memungkinkan, kami memerlukan persetujuan Anda untuk memberikan perawatan medis tanpa kehadiran Anda. Harap lengkapi Formulir Persetujuan Perawatan Medis ini dan pastikan anak Anda membawanya saat janji temu atau mengirimkannya melalui faks ke kantor kami sebelum janji temu yang dijadwalkan pada _____.

PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN MEDIS

Saya, (nama) _____, adalah orang tua atau wali sah dari anak di bawah umur yang disebutkan di atas.

Dengan ini, saya memberikan wewenang kepada 365mc untuk memeriksa dan memberikan perawatan kepada putra/putri saya pada tanggal janji temu yang telah ditetapkan di atas, serta menyetujui pelaksanaan perawatan medis untuk pengurangan lemak oleh 365mc bagi putra/putri saya.

**Penjelasan lebih rinci dari dokter akan diberikan melalui lembar terpisah.*

Pasien dapat meminta salinan dari formulir persetujuan yang telah ditandatangani ini.

**Jika pasien mengalami kesulitan fisik atau mental dalam menandatangani formulir ini, wali sah pasien dapat menandatangani persetujuan ini atas nama pasien.*

Tanggal: _____ (yy/mm/dd)

Pasien or Orang Tua/wali(hub. _____): _____ (sign)

Alamat:

No. Telp:

Orang Tua/Wali: _____ (sign)

No. Passport:

Alamat:

No. Telp:

진료동의서

Registration No.		Date		Sex	
Name		Passport Number		Age	

South Korean Medical Law requires consent for medical, surgical, and psychiatric treatment of minors. In 365mc, MINORS ARE INDIVIDUALS UNDER 19 YEARS of age in Korean age. 365mc Hospital encourage you to accompany your child to his/her appointments. However, on those rare occasions when you cannot, we must have your consent to see and treat your child in your absence. Please complete this consent to the Medical Treatment and have your child bring it with him/her to the appointment or fax it to our office prior to the appointment that will take place _____.

CONSENT TO MEDICAL TREATMENT

I, (name) _____, am the parent or legal guardian of the minor student above.

I hereby authorize 365mc to see and treat my son or daughter indicated above on the appointment date set forth above and consent to the performance of medical treatment for fat loss by 365mc for my son or daughter.

*Further specific doctor's explanation will be provided through another sheet. Patient may request a copy of this signed consent.

*In case patient has physical or mental difficulty in signing this consent, patient's legal guardian may act to sign this consent for patient.

Date: _____ (yy/mm/dd)

Patient or Parent/Legal Guardian (Patient's _____) : _____ (sign)

Address:

Phone:

Parent/Legal Guardian: _____ (sign)

Passport No.:

Address:

Phone: