

요양급여의뢰서



한양대학교병원 진료협력센터(HRC)

홈페이지 <https://srefer.hyumc.com>
의사전용전화 02-2290-9717, 080-293-0017
의사전용팩스 080-293-0019
응급 및 야간전용 02-2290-8787~8

수진자 인적사항	성명		주민등록번호	-
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
	※ 의료급여대상자는 2차 의료기관(병원급)에서 발급된 요양급여 의뢰서가 필요합니다.			

상병명	
수진자 상태 및 진료소견	

한양대학교병원 예약정보	진료과		의사명	
	예약일	년 월 일	진료장소	<input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 응급실

의뢰병원	병원명		요양기관번호	
	의사명		면허번호	
	전화번호		진료의뢰일	년 월 일

진료정보제공 환자동의서	<ul style="list-style-type: none">■ 개인정보를 제공받는 자 : <u>진료의뢰 의사</u>■ 개인정보 제3자 제공 정보 동의 목적 <u>진료의 연속성을 위해 한양대학교병원에서의 환자 진료 정보를 제공하기 위함</u>■ 제공하는 정보의 항목<ul style="list-style-type: none">· 개인정보 : 성명, 연락처, <u>주민등록번호</u>, 주소· 민감정보 : <u>모든 진료정보</u>■ 정보 제공 방법 : 전화, 우편, 팩스, 홈페이지 등을 통하여 제공■ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용기간 : <u>동의한 진료일로부터 1년</u>■ 동의를 거부할 권리가 있다는 사실과 동의의 거부에 따른 불이익 내용 환자는 개인정보 제공을 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시에는 진료정보가 제공되지 않습니다. 상기 내용을 확인하였습니다. <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <p>환자/법정대리인 : (서명) (관계:) 생년월일 :</p>
-----------------	---