

# AUTHORIZATION TO REVIEW AND COPY MEDICAL RECORDS

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

Patient 환자본인	Name 성명	Contact No. 연락처
	Date of Birth/Sex 생년월일/성별	
	Address 주소	

Recipient Records are to be released to : 신청인	Name 성명	Relationship 환자와의 관계
	Date of Birth/Sex 생년월일/성별	Contact No. 연락처
	Address 주소	

Scope of the Records requested & Grounds for the Request 열람 및 사본 발급 범위	Name of hospital 의료기관 명칭
	Date of medical services 진료기간
	Reason & Purpose of Disclosure or Reproduction 열람 및 사본을 발급 받으려는 내용 및 사유

I (or legal representative) hereby request that any and all of my medical records and related information pertaining to my care and treatment should be released to the recipient in such manner as stated above, in accordance with 「the Medical Service Act of the Republic of Korea」 Article 21, Clause 2 and Article 13 of 2 of ENFORCEMENT RULES of the same Act.

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인의 「의료법」 제 21조 제 2항 및 같은 법 시행규칙 제 13조의 2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

Date :                      YY                      MM                      DD

Patient or Legal Representative

(Signature)

Note: If the patient is under age of 14, his or her legal representative shall sign this form.

환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.