

요양급여의뢰서 (진료의뢰서)

한림병원 진료협력센터

TEL : (032) 540-9111~3

FAX : (032) 540-9283

보험자(기관)기호		보험자(기관)명칭		의료보험증번호 (세대관리번호)	
피보험자성명 (세대주성명)		주민등록번호			
수신자 성명		주민등록번호			
수신자 주소					
전화 번호					
병명					상병분류기호
진료기간					
희망진료과목					
환자 상태 및 진료 소견 (검사소견)					
진 료 정 보 제공 동의서	본인은 한림병원에서 진료받은 진료정보(진단명, 검사결과 및 영상, 투약내용, 치료계획 등)를 치료 목적에 한하여 의뢰병원(의사)에게 제공 및 회신하는 것에 동의합니다. 성 명 : (서명) 환자와의 관계 :				
수신자의 진료정보는 환자의 권리와 개인정보 보호를 위하여 본인 또는 직계가족이 동의 한 경우에만 제공합니다.					
발 급 일 년 월 일					
담 당 의 사 (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
요양기관 지정번호					
의 료 기 관 명					
주 소					
전화					
팩스					