

【서약 · 동의 · 확인서】

고객 성명		생년월일	
-------	--	------	--

개인정보 수집 · 이용 · 제공 및 활용 동의

■ 개인정보 수집 · 이용에 관한 동의

상락정배산실버빌은 원활한 업무수행을 위해 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조에 의거 귀하의 개인정보를 수집 · 이용하고자 아래와 같이 동의를 받고 있습니다.

수집 · 이용 항목	수집 · 이용 목적	보유기간
☐ 이용자, 대리인(보호자)의 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 주소, 이메일 ☐ 장기요양급여 관련 정보 ☐ CCTV 등 영상 촬영 및 자료 수집 정보 ☐ 그 밖의 목적사업 수행에 필요한 정보	☐ 장기요양서비스 제공을 위해 필요한 정보의 활용	☐ 이용기간: 이용계약서의 계약시작 일로부터 퇴소일까지 ☐ 보유기간: 이용신청일로부터 10년 퇴소일로부터 5년 (단, CCTV 정보의 경우 최대 15일 보관 후 삭제 처리됨)

※ 귀하는 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 **원활한 서비스 이용에 일부 제한**을 받을 수 있습니다.

☐ 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

■ 민감정보 처리에 관한 동의

「개인정보보호법」 제23조에 의거 상락정배산실버빌 이용과 관련, 위 개인정보의 수집·이용에 대하여 아래와 같이 민감정보를 처리하고자 아래와 같이 동의를 받고 있습니다.

수집 · 이용 항목	수집 · 이용 목적	보유기간
☐ 질병명, 투약정보 ☐ 이용자의 지역연계 관련 정보	☐ 이용자의 건강관리 ☐ 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공	☐ 이용기간: 이용계약서의 계약시작 일로부터 퇴소일까지 ☐ 보유기간: 이용신청일로부터 10년 퇴소일로부터 5년

※ 귀하는 민감정보 처리에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 **원활한 서비스 이용에 일부 제한**을 받을 수 있습니다.

☐ 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

■ 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

제공받는 기관	제공목적	제공하는 항목	보유기간
국민건강보험공단	☐ 장기요양계획, 욕구조사, 학술연구, 장기요양 서비스 질 수준 향상 등에 활용	장기요양서비스 내역	5년

※ 귀하는 개인정보 제공에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 **원활한 서비스 이용에 일부 제한**을 받을 수 있습니다.

☐ 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

처방약 수령 위임 동의

본인은 상기 어르신의 보호자로서 어르신의 직접 처방약 수령 및 보호자 직접 수령이 수월하지 않아, 협약병원 계약의사 월2회 진료 및 **어르신의 처방약 수령을 상락정 배산실버빌 직원이 직접 수령** 할 수 있도록 위임하고 동의한다. **타 병원을 이용하는 어르신의 경우 처방약 수령은 보호자가 직접 수령** 할 수 있도록 한다.

☐ 위와 같이 처방약 수령 위임하는데 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

골절 및 안전사고 서약

본인은 상기 어르신의 보호자로서 어르신의 상태가 정상적인 거동이 어렵고, 노령으로 인한 골다공증 등으로 **골절 및 안전사고 발생의 위험성이 높음**에 대해서 귀 요양원으로부터 충분한 설명을 들었습니다.

또한, 귀 시설에서 **입소자간의 불화(다툼 등)에 의해 발생한 골절 및 안전사고 및 개인적 조치(의료적 행위, 금식 섭취 등)에 의해 발생하는 불의의 사고 시 제3자의 간섭 및 민.형 사상의 책임을 묻지 않을 것**을 서약합니다.

☐ 위와 같이 골절 및 안전사고에 대한 서약에 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

신체구속 및 행위제한 확인

1. 이용고객 또는 종사자 등의 생명이나 신체에 위험을 초래할 가능성이 현저하게 높거나, 대체할 만 한 수발방법이 없거나, 증상의 완화를 목적으로 불가피하게 일시적으로 신체적 제한을 하는 경우 등의 긴급하거나 어쩔 수 없는 경우를 제외하고는 고객의 의사에 반하는 신체적 제한을 해서는 안 된다.
2. 긴급하거나 어쩔 수 없는 경우로 인해 일시적으로 신체를 제한할 경우에도 고객의 심신의 상황, 신체 제한을 가한 시간, 신체적 제한을 할 수 밖에 없었던 사유에 대하여 자세히 기록하고, 고객이나 보호자에게 그 사실을 통지하여야 한다.
3. 시설 규정에 위반하거나 또는 의료적 목적을 달성하기 위한 경우를 제외하고는 신체적인 구속 및 행위를 제한해서는 안 된다.

☐ 위와 같이 신체구속 및 행위제한에 대한 내용에 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

복지-04[REV.1]

20 . . .

서비스 신청자(보호자) :

(인)



붙임1.

약물투약동의서

인적사항	성명		나이	
	생년월일		입소일	

1. 어르신이 지금까지 다음과 같은 질환으로 치료를 받거나 진단을 받은 경우가 있으면 해당 질환에 표시를 해 주십시오(해당되는 병력의 비고란에 자세히 기입)

병력	예	아니오	진단받은 연도	비고(투약현황)
심장질환				
고혈압				
당뇨				
알러지				
피부질환				
우울증				
치매				

2. 어르신이 최근 1년 동안 앓은 특별한 질환이나, 시설활동에 영향을 주 수 있는 과거병력이 있으시면 모두 써 주십시오(시설생활에 도움이 되도록 개별적인 계획을 세우기 위함)

보호자께서는 이 신청서에 기재한 내용이 사실임을 증명합니다. 또한 보호자께서는 위의 사항에 적어주신 내용과 관련하여 어르신께 처방전에 의한 약물을 투여함에 있어서 시설에 그 권한을 위임할 것을 동의합니다.
단, 위에 명시하지 않은 새로운 약물투여와 관련하여서는 사전에 보호자에게 연락을 드리고 상의하도록 하겠습니다.

20 . . .

어르신 성명 : (서명)

보호자 성명 : (서명)

붙임2.

투약 변경 확인서

어르신께서 복용하고 있는 약물 중에 20 년 월 일부터 질환의
증상에 따라 변경되는 약물이 있어, 보호자의 확인을 받고 투약을
하고자 합니다. 이에 변경되는 약물에 관하여 동의를 구합니다.

※ 변경되거나 추가되는 내용

어르신 성명 : (서명)
보호자 성명 : (서명)

상락정배산실버빌 원장 귀하