



진료의뢰서

진료의뢰 TEL : 053-600-7100
 안 내 FAX : 053-600-7113
 인 터 넷 : http://knudh.kr

수진자	성명		주민등록번호	-
	전화번호		휴대폰	- -
	주소			
보험유형	<input type="radio"/> 건강보험 <input type="radio"/> 의료급여 <input type="radio"/> 기타		의료급여 환자는 1차병원 진료의뢰서가 필요합니다.	
상병명				
환자상태 및 진료소견				
경북대학교 치과병원	해당진료과		지정교수명	
	예약일시	년 월 일	진료구분	<input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 입원
의뢰병원	병원명		결과회신	<input type="checkbox"/> 필요함 <input type="checkbox"/> 불 필요함
	주소			
	전화번호		F A X	
	의뢰일	년 월 일	의사명	

※ 결과회신은 개인정보보호법 등에 관한 법률에 의거 환자의 동의가 있는 경우에만 가능합니다.

환자 진료정보 회신 동의서

본인은 상기 의뢰병원에게 경북대학교치과병원에서 진료 받은 본인의 진료정보가 치료 목적에 한하여 진료일 이후 1년간 우편 등의 방법으로 제공되는 것에 동의합니다.

[진료정보 : 검사결과 및 영상, 투약내용, 치료계획 등]

환자 또는 보호자 (서명 또는 인) 환자와의 관계 ()

※ 진료의뢰안내 이용

1. 홈페이지 교수별 외래 진료 시간표를 참조해 주십시오.
(변경될 수도 있으므로, 진료의뢰 시 확인해 주시면 감사하겠습니다.)
2. 궁금한 사항은 해당 임상과 또는 진료의뢰안내로 문의하시기 바랍니다.