© The State of Queensland (Queensland Health) 2021
Except as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part of this work may be reproduced communicated or adapted without permission from Queensland Health
To request permission email: ip_officer@health.qld.gov.au

Queensland Government

Additional Student Consent for Intimate Procedures (Korean) - 내밀한 신체부위 시술 관련 추가 실습생 동의

Adult (18 years and over)

Facility: ....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth: Sex: ☐ M ☐ F ☐ I

A. 환자가 인지 능력이 있습니까?

☐ 예 ➔ B섹션을 완성하세요

☐ 아니오 ➔ A섹션을 완성하세요

귀하는 반드시 사전 보건 지침(AHD)을 준수해야 하며, 또는 사전 보건 지침이 없을 경우, 다음 순서에 따라 대체 의사결정권자로부터 승인을 얻어야 합니다: 제 1 항목: 심의회에서 임명한 후견인; 제 2 항목: 영구적 대리인; 제 3 항목: 법정 보건 대리인

의사결정 대리인의 이름:

의사결정 대리인의 항목:

B. 이전 동의

당신은 시술에 관한 동의서에 이미 서명하였습니다. 다음의 추가 동의서는 임상 실습생이 교육목적으로 내밀한 신체부위 진료 혹은 시술을 보조하거나 시행하는 것에 대한 여러분의 동의를 묻는 것입니다.

내밀한 신체부위 시술은 통상적으로 유방, 성기 혹은 체내 검사(질 또는 직장)와 같은 내밀한 신체부위에 관련한 것입니다. 환자의 문화적 가치관과 믿음에 따라서 어떤 것이 내밀한 신체부위로 판단될지는 달라질 수 있습니다.

C. 전문 교육훈련을 위한 학생의 진료/시술

교육 목적으로, 임상 실습생이 의료 진료나 시술을 참관할 수 있으며, 여러분의 동의여부에 따라, 환자가 마취된 상태에서의 진료나 시술을 보조하거나 실시할 수도 있습니다.

나는/의사결정 대리인은 교육훈련중인 임상 실습생의 다음 활동에 대하여 동의합니다:

- 진료/시술 참관 ☐ 예 ☐ 아니오
- 진료/시술 보조 ☐ 예 ☐ 아니오
- 진료/시술 시행 ☐ 예 ☐ 아니오

환자/의사결정 대리인 동의

환자/의사결정 대리인의 이름:

서명: 날짜:

D. 의사/임상의를 위한 정보

나는 이 추가 정보를 환자/의사결정 대리인에게 설명하였고, 나는 이 설명이 이해되었다고 생각합니다.

의사/임상의의 이름

직함:

서명: 날짜:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v2.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2019
Clinical check: 10/2020
Published: 01/2021

SW9489

ADDITIONAL STUDENT CONSENT FOR INTIMATE PROCEDURES