



**Queensland Government**

**Additional Student Consent for Intimate Procedures (Korean) -**  
**내밀한 신체부위 시술 관련 추가 실습생 동의**  
 Child/Young Person (under 18 years) -

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 환자가 아동/청소년일지라도 환자는 고지에 입각한 동의 결정을 할 수 있으며, 그리고 충분한 성숙도, 이해력, 지능을 갖고 있음으로써 제안된 시술/치료/조사/진료의 특성, 결과와 위험성을 인지하고, 또한 비-치료 '킬릭 역량'의 결과를 완전히 이해할 수도 있습니다. (킬릭 대 웨스트 노퍽과 위스백 지역 보건당국 [1986] AC 112)

→ B 섹션으로 가십시오

아니오 부모/법적 대리인/친권과 책임이 있는 기타의 사람이 동의서를 제출하고 이 양식을 작성합니다.

→ A 섹션을 작성하십시오.

\*친권/보호권, 입양, 또는 기타 공식적으로 인지된 케어러/후견인 주선과 같은 공식적인 주선. 퀸즐랜드 보건부의 '보건 케어 시 고지에 입각한 의사결정 가이드'와 현지 정책 및 절차를 참고하십시오. 아래에 해당하는 경우 의사결정권의 출처를 완성하십시오.

해당하는 경우, 의사결정권의 출처 (하나만 고르세요):

- 법원 명령 →  입증하는 법원 명령
- 법적 후견인을 →  입증된 서류
- 기타 사람\* →  입증된 서류

부모/법적 후견인/기타 사람의 이름\*:

아동/청년과의 관계:

**B. 이전 동의**

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 진료(질 또는 직장)와 같은 내밀한 신체 부위에 관한 것입니다. 환자의 문화적 가치관과 믿음에 따라서 어떤 것이 내밀한 신체부위로 판단될지는 달라질 수 있습니다.

**C. 전문 교육훈련 목적의 실습생 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/부모/법적 후견인/기타 사람\*은 교육훈련중인 임상 실습생의 다음 활동에 대하여 동의합니다:

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

환자/부모/법적 후견인/기타 사람\*의

환자/부모/법적 후견인/ 기타 사람의 이름:

서명:

날짜:

다음의 아동/청소년이 이러한 치료를 받는 것에 대해 본인이 전적인 동의를 함에 있어, 그렇게 할 수 없도록 하는 어떠한 법적 혹은 기타의 사유를 알고 있지 않습니다. (만인 아동/청소년이 킬릭 역량이 있고 이 서식에 서명했다면 해당 사항 없음.)

**D. 의사/임상을 위한 정보**

나는 이 추가 정보를 환자/부모/법적 후견인/기타 사람\*에게 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



SW9490

ADDITIONAL STUDENT CONSENT FOR INTIMATE PROCEDURES