

Бланк согласия на использование результатов обследования для последующего контроля

* Желательно дать согласие на предоставление информации по видам обследования.

☐ Общий медицинский осмотр (включая критические обследования),

☐ Обследование на выявление онкологических заболеваний, ☐ Медицинский осмотр грудных детей)

Данный бланк согласия предназначен для получения согласия на

- Предоставление результатов скрининга из Национальной службы медицинского страхования (NHIS) в центр общественного здравоохранения, а также истории службы управления здравоохранением из центра общественного здравоохранения в NHIS, чтобы обеспечить надлежащее лечение*. (*для субъектов, которые имеют заболевания или подозреваются на наличие гипертонии, диабета, дислипидемии, ухудшения когнитивных функций и т. д. в ходе общих медицинских осмотров (в том числе медицинские осмотры в критические моменты) и медицинских осмотров в течение жизни, а также для родителей, которые нуждаются в комплексной оценке здоровья и последовательное наблюдение после получения результатов осмотра их младенцев или детей);

- Предоставление результатов скрининга от NHIS в Национальный онкологический центр (NCC) и/или в государственный медицинский центр, для того чтобы субъектам, у которых обнаружены отклонения или есть подозрения на наличие рака или был поставлен подобный диагноз, могло быть обеспечено последующее лечение;

- Предоставление результатов скрининга от NHIS в Корейские центры по контролю и профилактике заболеваний (KCDC) и/или в государственный медицинский центр, для того чтобы последующее лечение могло быть предоставлено субъектам, у которых есть подозрения или у которых был выявлен туберкулез легких (ТВ) на основании результатов общего обследования здоровья.

* Услуги здравоохранения : Медицинские консультации, инструктаж, отказ от табакокурения и употребления алкоголя, занятия спортом, питание, обследование на предмет слабоумия, покрытие стоимости подробного исследования нарушений развития детей грудного и раннего возраста и др.

※ Конфиденциальная информации обследуемого используется в соответствии с положениями «Закона о защите персональных данных» и «Основного закона о медицинском обследовании» в пределах обязательств по соблюдению тайны, не применяется для сторонних целей и не предоставляется другим учреждениям.

※ Если вы хотите отозвать свое согласие, оно может быть отозвано с помощью простой процедуры проверки, когда вам необходимо позвонить в Отдел обслуживания клиентов NHIS (1577-1000) или в его районный филиал.

1. Согласие на предоставление конфиденциальной информации

- Я был в достаточной степени проинформирован о нижеприведенных условиях, при которых моя личная информация будет предоставлена государственному медицинскому центру и NHIS, и я согласен предоставить соответствующие данные, о которых мне сообщили.

① Учреждения, предоставляющие информацию: центр общественного здравоохранения, NCC, KCDC и NHIS

- ☐ Цели предоставления личной информации: предоставлять медицинские услуги тем, кто нуждается в самоконтроле и профилактических мерах, а также тем, у кого есть заболевание (и есть подозрения на наличие заболевания), обеспечивать последующее лечение на основе результатов скрининга на рак и туберкулез легких.

③ Пункты предоставляемых личных данных

- NHIS → Центр общественного здоровья

• Персональные идентификационные данные, такие как имя, гражданский регистрационный номер, адрес, номер телефона, адрес электронной почты и т. д., а также результаты проверки состояния здоровья и обмена данными с помощью текстовых сообщений

- Центр общественного здравоохранения → NHIS

• Имя, гражданский регистрационный номер, данные лечения, которые вам предоставили

- NHIS → KCDC и/или центр общественного здравоохранения

• Личная идентификационная информация, такая как имя, гражданский регистрационный номер, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, результаты рентгенографии грудной клетки и данные анкеты, заполняемой в связи с обследованием на туберкулез легких

④ Срок хранения и использования конфиденциальной информации: 2 года

⑤ У обследуемого есть право на отказ от предоставления конфиденциальной информации третьим лицам, в случае которого возможно исключение из числа кандидатов на оказание медицинским центром услуг здравоохранения.

Согласен ☐

Не согласен ☐

2. Конфиденциальные сведения

- Мною было получено уведомление диагностического учреждения об использовании конфиденциальной информации, а именно данных медицинского обследования и списка оказываемых медицинским центром услуг здравоохранения, которые являются чувствительной информацией, о чем я имею достаточное понимание и даю свое согласие.

Согласен ☐

Не согласен ☐

3. Согласие на использование информации для идентификации личности

- Мною было получено уведомление диагностического учреждения об использовании конфиденциальной информации, а именно регистрационного номера гражданина, который является информацией для идентификации личности, о чем я имею достаточное понимание и даю свое согласие.

Согласен ☐

Не согласен ☐

С условиями согласен. ☐

день месяц год

Согласие

ФИО обследуемого

(Подпись)

Регистрационный
номер

-

(в случае детей грудного и раннего возраста) ФИО законного представителя	(Подпись)	Вид отношения с обследуемым
Диагностическое учреждение (эмблема)		

210 mm × 297 mm [백상지 80 g/m²]