AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE

MedicineInsight

탈퇴 양식 — 성인, 부모/보호자 또는 책임 대리인

성인, 부모/보호자 (아동 또는 미성년자를 대신하여) 또는 책임 대리인 (스스로 동의할 수 없거나 제공할 능력이 없는 사람을 대신하여)의 선언

본인은 MedicineInsight 프로그램에서 탈퇴하기 위해 이 양식에 서명합니다. 본인이 이 양식에 서명할 때 다음 사항을 수락합니다.

- 본인은 안내지를 읽었거나 다른 사람이 내가 이해할 수 있는 언어로 읽어 주었습니다. 이 안내지의 번역본은 다음 사이트에서도 찾을 수 있습니다: https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information
- 본인은 MedicineInsight 에 대해 질문할 기회가 있었습니다. 해당 진료소는 본인에게 해당 프로그램을 설명했고 본인의 질문에 대답을 했습니다.
- 본인은 해당 진료소에서 본인 정보 또는 이 탈퇴 양식이 서명되는 대상과 관련된 정보를 MedicineInsight 에 공개하는 것을 중단할 것임을 이해하며, 이 탈퇴 시점까지 수집된 정보를 철회하는 것은 불가능할 수도 있음을 인식합니다.
- 본인은 MedicineInsight 를 탈퇴하기로 한 결정이 본인 또는 이 결정을 위한 사람이 현재 또는 미래에 받게 될 의료 서비스에 영향을 미치지 않는다는 것을 이해합니다.

MedicineInsight 프로그램을 탈퇴하시려면 이 박스에 체크표시를 하십시오.

☐ MedicineInsight 프로그램에서 탈퇴하길 원합니다

다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 이 박스에 체크표시를 하십시오.

☐ 본인은 아동/미성년자 또는 스스로 동의할 수 없거나 동의를 제공할 능력이 없는 사람을 대신하여 이 양식을 작성합니다.

해당자 이름	
부모/보호자 또는 책임 대리인의 이름. *귀하가 본인 자신을 위하여 서명하는 경우 여기를 비워 둡니다.	
주소	
연령 (세)	

서명: ______________________ **날짜:** ____________

이 작성한 양식을 귀하의 GP 또는 진료소 접수처에 제출하십시오.

***사무실용**

☐ 본인은 MedicineInsight 데이터 수집 툴에서 해당 환자를 제거했습니다.

☐ 본인은 MedicineInsight 툴이 환자의 의료 기록에 있는 정보를 수집하지 않도록 조치를 취했습니다

조치 담당자 이름	

서명: ______________________ **날짜:** ____________

해당 진료소는 진료소 기록을 위해 이 양식을 안전한 장소에 보관해야 합니다. 이 문서를 호주 의료 안전 및 품질 위원회에 반환하지 마십시오. 추가 정보를 원하시면 MedicineInsight (1300 721 726)로 문의하십시오. RACGP NREEC, Ref. 23-171, Version 2, May 2023.