피해구제 신청서(의료서비스용)

**□** 귀하께서 신청하신 사건은 ①신청내용 검토 → ②사업자 해명 요구 통보 → ③사실조사(관련 법규 검토, 필요시 전문가 자문 등) → ④합의권고 등의 순서로 진행되며, 처리기한은 90일 이내(휴일 제외)입니다.

**□** 피해구제 신청서 작성 시 위의 작성 예시를 참고하여 기재하여 주시기 바라며, 피해구제 사건의 원활한 해결을 위해서 필요한 각종 입증자료 제출 등에 최대한 협조해 주시기 바랍니다.

※ 제출하신 자료는 반환하지 않으니 사본을 제출하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **1)** 의료기관의 **과실을 입증할 수 있는 자료일체**(진료기록, 간호기록, 수술 등 각종 동의서, 검사결과지, 검사영상 CD, 진료비영수증, 진단서·소견서, 성형외과 및 피부과의 경우 촬영날짜가 기재된 사진 등)와 신청인이 자필 서명한 **‘진료기록 열람 및 사본발급동의서**(첨부 4)’, ‘**진료기록 열람 및 사본발급 위임장**(첨부 5)’, **‘민감정보 처리 및 제3자 제공동의서**(첨부 6)’, 신청인 **신분증 사본** 등을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.  2) 재수술이나 향후 치료가 필요한 경우 : 향후치료비추정서, 장해가 남은 경우에는 노동능력상실율(맥브라이드식)이 표기된 장해진단서를 제출해 주시기 바랍니다.  3) 의료사고 당사자가 만 14세 미만의 미성년자인 경우 : 친권자(법정대리인) 중 1인이 대리인으로 지정되며, 신청인 확정을 위해 의료사고 당사자와 대리인과의 가족관계를 확인할 수 있는 가족관계증명서를 제출해야 합니다.  4) 의료사고 당사자가 사망한 경우 : 상속인 중 1인이 신청인이 되며, 신청인은 다른 상속인 전원의 위임장과 상속관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서를 제출해야 합니다.  5) 손해배상 산정을 위해 필요 시, 실제소득을 입증할 수 있는 객관적인 근거자료(원천징수영수증 등), 신청인이 질병이나 장애 등 여러 사유(의식불명 상태 지속 등)로 의사결정(피해구제 사건의 사실관계 확인이나 손해배상 요구에 대한 명확한 의사결정 등)이나 사무처리가 어려운 경우 ‘성년후견인선임증명서’가 필요할 수 있습니다. |
| 민사소송(병원은 채무부존재 소송) 중인 사건 또는 한국의료분쟁조정중재원에서 조정결정을 받은 경우나 조사 진행 중인 경우에는 피해구제 신청대상에서 제외됩니다.  **상기 내용을 확인함 [ ]** |

※ 귀하의 사건은 **합의권고를 통해 처리되며,** 합의권고는 법원의 판결과 달리 강제력이 없기 때문에 **양당사자 중 한쪽이 거부할 경우 해결이 어려울 수도 있습니다.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 개인정보 수집·이용 및 제공 동의** | | | | |
| 한국소비자원은 피해구제 및 소비자분쟁조정을 위하여 귀하의 **개인정보**(성명·성별·생년월일·주소·연락처·전자우편주소·피해사건내용)**를 수집**하고 「공공기록물 관리에 관한 법률」에 따라 **5년간 보유·이용**하며, 이 중 전자우편주소를 제외한 개인정보를 **피신청인**(사업자)과 한국소비자원이 지정한 **전문위원** 및 **관계기관**(필요 시), **우편사무 위탁처리 사업자**에게 사건의 처리 및 우편사무 위탁처리를 위하여 분쟁의 종결 시까지 제공합니다.    귀하는 위 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공에 거부할 권리가 있으나, **개인정보 수집·이용 및 제공에 동의하지 않거나 허위의 정보를 제공한 경우 피해구제 사건의 처리가 불가합니다.**  **[서명 필수]** 신청인 본인(또는 대리인) (자필서명) | | | | |
| **②**  **신청인**  **(실제**  **피해자)**  **⁕필수입력** | 성 명 |  | 성 별 | [ ]남 [ ]여 |
| 주 소  (도로명) |  | | |
| 연락처 | **(휴대폰)** | 생년월일 | 년 월 일 |
| (직장 또는 자택) |
| (e-mail) |
| **③**  **대리인**  **(본인이 아닐 경우 작성)** | 성 명 |  | 신청인과의 관계 |  |
| 주 소  (도로명) |  | | |
| 연락처 | (휴대폰) | (직장 또는 자택) | |
| (e-mail) |  | |
| \* 대리인이 신청할 경우 피해구제 신청 위임장(첨부3) 필수 첨부 | | |
| **④**  **피신청인**  **(사업자)**  **⁕필수입력** | 상 호  (기관명) |  | 대표 |  |
| 업무  담당자 |  |
| 주 소  (도로명) |  | | |
| 연락처 | **(전화번호)** **(팩스번호)** | | |
| ⑤ 피신청인(의료기관, 의사 등)이 잘못한 내용(과실 추정) | | | | | |
| ※ 첨부1 별지에 기재 가능 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ⑥ 피신청인(의료기관·의사 등)과의 협의내용 또는 타기관을 통한 사건 진행 내용 | | | | | |
| [ ]피신청인 가입 보험사 심의 [ ]한국의료분쟁조정중재원 검토 [ ]보건소 | | | | | |
| [ ]경찰서 [ ] 기타(내용: ) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ⑦ 신청인 요구사항 | | | | | |
| [ ] 계약해제 · 해지 [ ] 계약금 환불 (요구 금액 : ) | | | | | |
| [ ] 손해배상(요구 금액 : ) | | | | | |
| [ ] 기타 ( 내용 : ) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ※ 재산적 손해, 위자료 청구 등 요구금액 및 **산정근거를 기재**  ※ 필요시, 실제소득을 입증할 수 있는 자료(원천징수영수증 등) 제출 | | | | | |

년 월 일 (자필서명)

**한국소비자원장** 귀하

한국소비자원은 소비자의 민원사건 처리과정에서 [금품·향응 수수 등 부정청탁을 일절 받지 않는 청렴한 기관]입니다.

소비자는 금품·향응 요구를 거부할 권리가 있고 금품·향응 제공 요구 사실을 감사실로 신고할 권리가 있으며, 소비자의 금품·향응 제공 등 부정청탁 행위도 「청탁금지법」에 따라 처벌받을 수 있습니다.

# 첨부 1. 피해사건 상세내용

|  |
| --- |
| 피해사건 상세내용(‘언제, 어디서, 누가, 무엇을, 어떻게, 왜’를 알 수 있게 써주세요) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# 첨부 2. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 안내

|  |
| --- |
| **개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 안내** |
| **Ⅰ. 개인정보의 수집 및 이용**  **о 개인정보의 수집·이용 목적**  - 「소비자기본법」 제35조·제60조에 따른 피해구제 및 분쟁조정 업무 수행  **о 수집하려는 개인정보**  - 성명, 성별, 생년월일, 주소, 연락처, 전자우편주소, 피해 내용 및 거래에 대한 정보  **о 개인정보의 보유·이용 기간**  - **「공공기록물 관리에 관한 법률」에 따라 5년간 보유**하며, **동법에 정한 바에 따라 파기**  **Ⅱ. 개인정보의 제3자 제공**  **о 개인정보를 제공받는 자**  - **피신청인(사업자),** 한국소비자원이 지정한 **전문위원 및 관계기관(필요 시), 우편사무 위탁처리 사업자**  **о 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적**  - 신청 사건의 처리 및 우편사무 위탁처리  **о 제공하려는 개인정보**  - 성명, 성별, 생년월일, 연락처, 주소, 피해 내용 및 거래에 대한 정보  **о 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간**  - 소비자와 사업자 사이의 분쟁이 종결될 때 까지  **Ⅲ. 개인정보 수집·이용 및 제공에 동의하지 않을 시의 불이익**  귀하는 개인정보의 수집·이용 및 제3자에 대한 제공에 동의하지 않을 권리가 있습니다. 그러나 **동의하지 않거나 허위의 정보를 제공하는 경우 피해구제 사건의 처리가 불가능합니다.** |

# 첨부 3. 피해구제 신청 위임장

**피해구제 신청 위임장**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **소비자(신청인)** | |  | |
| **사 업 자** | |  | |
| **위임인**  **(신청인)** | 성 명 |  | |
| 생년월일 |  | |
| 주 소 |  | |
| 연락처 | (휴대폰) |  |
| (직장 또는 자택) |  |
| **수임인**  **(대리인)** | 성 명 |  | |
| 생년월일 |  | |
| 주 소 |  | |
| 연락처 | (휴대폰) |  |
| (직장 또는 자택) |  |
| 위임인과의 관계 | |  |
| 위임인은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국소비자원에 피해구제 신청, 자료제출 및 의견 진술, 사업자와의 합의, 신청 취하, 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 등 소비자피해 사건과 관련된 위임인의 **일체의 권한을 위임**합니다.  년 월 일  **위임인 :** (인)  **한국소비자원장** 귀하 | | | |

# 첨부 4. 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2018. 9. 27.> | | |  |
| **진료기록 열람 및 사본발급 동의서** | | | |
| **환자**  **본인** | 성 명 | 연락처 | |
| 생년월일 | | |
| 주 소 | | |
|  | | | |
| **신청인** | 성 명 : **한국소비자원** | 환자와의 관계 : 준정부기관  **(피해구제 및 분쟁조정 업무 수행)** | |
| 사업자등록번호 : 229-82-01080 | 연락처 : 043-880-5500 | |
| 주 소 : 충청북도 음성군 맹동면 용두로 54 한국소비자원 | | |
|  | | | |
| **열람**  **및**  **사본**  **발급**  **범위** | 의료기관 명칭 | | |
| 진료기간 | | |
| **발급 사유** : **한국소비자원 피해구제 및 분쟁조정** 신청 사건의 공정한 해결을 위해 필요로 하는 사실관계 확인, 의료행위를 둘러싼 과실 유무 및 인과관계 규명 | | |
| 발급 범위 | | |
| 예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진  (영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등 | | |
| 본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인(**한국소비자원**)이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.  년 월 일  본인(또는 법정대리인) (자필서명)  **※ 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.** | | | |

# 첨부 5. 진료기록 열람 및 사본발급 위임장(환자 본인이 만 14세 미만의 경우 법정대리인이 작성)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] <개정 2017. 6. 21.> | |  |
| **진료기록 열람 및 사본발급 위임장** | | |
| **수임인** | 성명 : **한국소비자원** | 전화번호 : 043) 880-5500 |
| 사업자등록번호 : 229-82-01080 | 위임인과의 관계 : 준정부기관  (피해구제 및 분쟁조정 업무 수행) |
| 주소 : 충청북도 음성군 맹동면 용두로 54 한국소비자원 | |
|  | | |
| **위임인** | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일(외국인등록번호) | |
| 주소 | |
| 위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.  년 월 일  위임인 (자필서명) | | |
|  | | |

# 첨부 6. 민감정보 처리 및 제3자 제공 동의서 [의료서비스 분야]

# 민감정보 처리 및 제3자 제공 동의서

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **민감정보 처리에 대한 동의(개인정보보호법 제23조, 제15조 제2항)** | | |
| 민감정보 수집항목 | 피해구제 신청사건 내용, 진료내용, 의무기록·영상기록·진단서·소견서·치료 전후 사진 및 피해구제 신청사건 파악을 위해 필요한 정보 |
| 수집 및 이용목적 | ① 의료분쟁 해결(상담-피해구제-조정결정)을 위한 사실조사 및 인과관계 분석  ② 의료분쟁 예방을 위한 통계 활용 등 공익을 위한 업무 |
| 보유 및 이용기간 | 「공공기록물 관리에 관한 법률」에 따라 5년간 보유·이용하며, 동법에 정한 바에 따라 파기 |
| ※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 피해구제 및 분쟁조정 사건처리가 불가함을 알려드립니다.  **[필수]**  민감정보 처리에 동의함 **□** | |
| **민감정보 제3자 제공 동의(개인정보보호법 제23조, 제17조 제2항)** | |
| 제공받는 자 | 피신청인(사업자), 한국소비자원이 지정한 전문위원, 관계기관 |
| 제공목적 | 사업자 : 피해 사건 파악 및 해명을 위하여 분쟁의 종결 시까지 제공  전문위원 : 사실관계에 대한 전문가 자문(의료행위와 결과 사이의 인과관계)  관계기관 : 소비자기본법에서 정하는 업무 수행 |
| 제공하는 정보 | 의무기록·영상기록·사진·자문의뢰서(병력·의무기록내용) 및 피해구제 신청사건 파악을 위해 필요한 정보 |
| 보유 및 이용기간 | 전문위원에게 제공한 정보는 자문 답변 후 즉시 파기 또는 한국소비자원에 반납 |
| ※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 피해구제 및 분쟁조정 사건처리가 불가함을 알려드립니다.  **[필수]**  제3자 제공에 동의함 **□** | |
| ※ 제출하시는 모든 서류에서 **주민등록번호 뒷자리는 삭제**하고 제출해주시기 바랍니다.  개인정보 보호법에 의거하여 본인은 위와 같이 민감정보 처리 및 제3자 제공에 동의합니다.  년 월 일   |  |  | | --- | --- | | (만14세 미만 아동의 경우) 법정대리인 | **(만14세 이상의 경우) 동의자** | | 성 명 : 󰄫 | 성 명 : 󰄫 | | 동의자와의 관계 : |  |   **한국소비자원장** 귀하 | |
| ※ 민감정보 외 개인정보 수집 및 이용근거 고지 : 개인정보보호법 제15조 제1항 제3호 | |