

입원 등 기간 연장 동의서

| | | | |
|--------------|----|------------------|---------|
| 환자 | 성명 | 주민등록번호 (남, 여) | 연락처 |
| | 주소 | | |
| 보호 의무자(Ⅰ) | 성명 | 생년월일 (남, 여) | 연락처 |
| | 주소 | | 환자와의 관계 |
| 보호 의무자(Ⅱ) | 성명 | 생년월일 (남, 여) | 연락처 |
| | 주소 | | 환자와의 관계 |

본인들은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조제6항에 따라 위 환자가 귀 정신의료기관등에서 입원등 연장을 하는 것에 대해 동의합니다.

년 월 일

보호의무자(Ⅰ):

(서명 또는 인)

보호의무자(Ⅱ):

(서명 또는 인)

| 입원등 연장에 대한 의견 | |
|---------------|---|
| 보호의무자 성명 | 1. 보호의무자는 환자의 현재 상태, 입원등 연장 필요성, 향후 퇴원등 계획 및 퇴원등 후 돌봄 등에 대해 구체적으로 기재할 수 있습니다. 2. 환자의 치료와 회복을 위해 보호의무자로서 좋은 제안이나 의견을 제시해 주시기를 바랍니다. |
| 보호의무자 Ⅰ | |
| 보호의무자 Ⅱ | |