

진 단 서 RENDERING PHYSICIAN'S STATEMENT

※ 아래사항은 반드시 진료를 하신 의사 또는 해당병원 관계자에게 작성을 요청 하셔야 하며, 고객님의께서는 직접 작성을 하지 말아 주시기 바랍니다.
Must be filled out by the rendering physician only.

PATIENT INFORMATION	FIRST NAME 이름	LAST NAME 성	DATE OF BIRTH 생년월일	Sex 성별
Diagnosis 진단명			ICD CODE	
- ACCIDENT - 상해의 경우			- SICKNESS - 질병의 경우	
DATE OF ACCIDENT 사고발생일	PLACE OF ACCIDENT 사고발생장소	WHEN DID PATIENTS SYMPTOMS OF SICKNESS FIRST APPEAR? 질병의 증상이 최초로 나타난 때는 언제 입니까?		
NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS (상해 또는 질병의 상태 및 경과)				
* IF SURGICAL OPERATION PERFORMED DESCRIBE FULLY 외과수술을 받았을 때는 상세하게 명기 하여 주십시오.				
* HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? 환자가 과거의 동일하거나 유사한 증상이 있었습니까? → IF YES, GIVE APPROX. DATE 만약 그렇다면 대략적인 날짜를 기재하여 주십시오. → IF YES, DID PATIENT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS BY ANY DOCTOR? 만약 그렇다면, 이전의 증상으로 의사의 치료를 받았습니까?				
WHEN DID PATIENT FIRST CONSULT YOU FOR THIS CONDITION? 환자가 이러한 증상으로 처음 진료 받으러 온 날			DESCRIBE ANY OTHER DISEASES OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION 현재의 상태에 영향을 미치게 하는 다른 질환을 기입하여 주십시오.	
PERIOD OF YOUR TREATMENT 치료기간	OUT PATIENT 외래	FROM.	TO.	
	INPATIENT 입원	FROM.	TO.	
IS YOUR PATIENT STILL UNDER CARE FOR THIS CONDITION? 환자는 아직도 치료 중 입니까? <input type="checkbox"/> YES(예) <input type="checkbox"/> NO(아니오)				
PHYSICIAN INFORMATION	ADDRESS (주소)	NAME(성명)		
	TEL (전화)	_____		
	DATE(작성일)	Signature(서명)		

		RENDERING PHYSICIAN(담당의사)		

동 의 서 AUTHORIZATION

※ 아래사항은 반드시 고객님의께서 직접 작성해 주셔야 합니다.
※ 단, 미국등 일부 국가에서는 별도의 동의서가 추가로 요청 될 수 있습니다.

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize to furnish to Chartis Travel Insurance, its employees, agents and authorized representatives, any and all of my medical records and related information pertaining to my care and treatment as the result of my injury, illness, and/or claim for benefits. The medical records and related information includes, but is not limited to, medical histories, reports, charts, notes, letters, x-rays, MRIs, CT scans and reports, itemized bills with treatment codes, insurance and claim records, correspondence, payments, consultations, examinations, prescriptions, diagnosis, tests, and treatments.

I have had the opportunity to read and consider the contents of this authorization.
I confirm that the contents are consistent with my direction. A photocopy of this authorization shall have the same validity as the original.

동 의 서

본인은 아메리카 홈 어슈어런스 캄파니 한국지사(CHARTIS 차티스) 및 그 대리인에게 본인의 신체검사 기록 및 본인의 부상, 질병 및(또는) 보험금 급여 및 치료 관련 정보의 일부 또는 전부를 제공하도록 허락 합니다. 동 신체검사 기록 및 관련 정보에는 병력, 의료 보고서, 의료 차트, 의료 주의사항, 진단서 및 의견서, 엑스레이, 검사필름, MRI촬영 결과, CT촬영결과, 치료코드, 보험기록 및 보험금 지급기록, 관련 통신문, 지급서류, 상담결과서, 검사서 처방전, 진단서, 검사서 및 치료결과서가 포함됩니다. 본인은 본 동의를 읽고 숙지하였으며, 본 동의서는 본인의 의사가 반영되었음을 확인 합니다. 본 동의서의 복사본도 원본과 동일한 효력을 갖습니다.

Signature _____

Date Signed _____

Patient / Insured name : _____

Date of Birth: _____

Or Guardian _____

SSN: _____

Policy No: _____

Telephone : _____

Address: _____

아메리칸 홈 어슈어런스 캄파니 한국지사

아메리칸 홈 어슈어런스 캄파니는 Chartis의 계열회사입니다.