

영유아 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.

· 영유아 건강검진 발달평가 결과 “심화평가 권고” 판정을 받은 영유아의 발달 정밀검사비 지원을 위하여 공단이 보건소에 발달평가 결과 자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 [개인정보 보호법] 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 [건강검진 기본법] 시행령 제13조, [국민건강보험법] 시행령 제81조 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

개인정보의 제공에 관한 동의

○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소 등과 공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건소

② 개인정보제공 목적: 영유아 건강검진 발달평가 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- (영유아건강검진 발달선별검사 결과) 공단 → 보건소

성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 영유아 건강검진 발달평가 결과 및 관련 문진자료

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 영유아 발달 정밀검사비 지원 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함

동의하지 않음

20 년 월 일

동의자	수검자 서명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명(기호)		에이치큐브병원 (11204966)		