

별첨 서식 2. 보호자 개인정보 수집 및 활용 동의서

[보호자 개인정보 수집 및 활용 동의서]

호스피스전문기관 이용 만족도 조사

보건복지부 지정 호스피스전문기관을 이용하셨던 환자분의 가족들로부터 호스피스완화의료 서비스 이용 경험 및 만족도를 파악하여 호스피스 지원정책에 활용하고자 합니다.

개인정보의 수집 · 이용 · 제공	
<p>■ 수집하는 개인정보의 항목</p>	<p>중앙호스피스센터는 호스피스완화의료 의료이용 경험 및 만족도 조사를 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.</p> <p>1. 필수 입력 항목 : 성명, 연령, 환자와의 관계, 자택주소(현 거주지), 연락처(휴대폰, 자택전화)</p> <p>2. 선택 입력 항목 : 이메일</p>
<p>■ 개인정보 수집·이용 목적</p>	<p>중앙호스피스센터는 다음과 목적을 위하여 개인정보를 처리합니다. 처리하고 있는 다음의 목적 이외의 용도로는 이용되지 않으며, 이용 목적이 변경되는 경우에는 개인정보 보호법 제 18조에 따라 별도의 동의를 받는 등의 필요한 조치를 이행 할 예정입니다.</p> <p>1. 호스피스전문기관의 서비스 이용 현황 및 환자 가족의 만족도 조사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 귀하의 개인정보 수집은 만족도 조사 설문참여 여부 재확인 및 설문발송을 위함입니다. - 절차 : 호스피스 완화의료 서비스 이용 종료일로부터 약 3~6개월 후, 전화를 통해 설문조사 참여여부를 재확인 할 예정입니다. 또한 동의 후에는 우편과 온라인 조사 2가지 방법 중 편하신 방법으로 설문조사에 참여 하실 수 있습니다. <p>* 연명의료결정법 제29조(호스피스전문기관의 평가)</p> <p>① 보건복지부장관은 호스피스의 질을 향상시키기 위하여 호스피스전문기관에 대하여 다음 각 호의 사항을 평가할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설·인력 및 장비 등의 질과 수준 2. 호스피스 질 관리 현황 3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항 <p>② 호스피스전문기관의 평가 시기·범위·방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공개할 수 있으며, 지원 및 감독에 반영할 수 있다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.</p>
<p>고지 내용</p>	<p>*수집근거</p>
<p>■ 개인정보 보유 파기</p>	<p>1. 호스피스완화의료 의료이용 경험 및 만족도에 대한 설문조사 완료 후 즉시 삭제</p> <p>2. 호스피스완화의료 의료이용 경험 및 만족도에 대한 설문조사 미실시 시 2년 후 삭제</p> <p>3. 정보제공자가 개인정보 삭제를 요청할 경우 즉시 삭제</p>
<p>■ 개인정보 수집 동의 거부 권리</p>	<p>1. 귀하가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 만일 귀하께서 설문조사 참여를 원하지 않으시면, 전화 참여여부 재확인 시 의사를 밝혀 주시거나 받으신 설문지 내에 '참여 거부'에 체크하여 회신용 봉투에 넣어 회신 해 주시면 됩니다. <p>2. 본 연구에 참여하시지 않더라도 귀하께는 어떠한 부정적 영향도 없을 것입니다.</p>
<p>■ 제 3자에 대한 제공</p>	<p>중앙호스피스센터는 귀하의 정보를 <개인정보 수집·이용 목적>에서 고지한 범위 내에서 사용하며, 범위를 초과하여 이용하거나 타인 또는 타기업·기관에 제공하지 않습니다.</p>

* 책임자 : 국립암센터 중앙호스피스센터 장윤정 031-920-2190

개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함. □

년 월 일