

■ 의료분쟁 조정·중재 절차 안내 www.k-medi.or.kr 또는 ☎1670-2545

□ 기관 안내

- 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따라 의료분쟁의 신속한 해결 및 보건의료인의 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 설립된 보건복지부 소속 공공기관으로서,
- 의료분쟁* 관련 상담, 의료사고 감정, 조정(중재) 업무를 수행하고 있으며,
 - * 보건의료기관에서 보건의료인의 의료행위로 발생한 의료사고에 대한 의료분쟁
 - ※ 제외: 개원(1248) 이전 사건, 의료법 관련, 소비자원에 신청된 사건, 법원에 소가 제기된 사건, 의료사고가 아님이 명백한 경우, 진료비 환불요청 등
- 의료분쟁 조정(중재) 제도이용은 환자측, 의료기관측 모두 가능합니다.
- '19년 5월 부산지원의 개원으로 영남권역은 부산지원에서 업무를 담당하고 있으며, 그 외 지역은 본원에서 담당하고 있습니다.

구분	본원	부산지원
대표번호	1670-2545(전 국)	051-910-7300~7301
주소	서울시 중구 후암로110, 서울시티타워 18층 ※ ①④호선 서울역 하차 후 지하철 서울역 10 번 출구	부산시 연제구 중앙대로 1000, 국민연금공단부산회관빌딩 13층 ※ ①호선 부산시청역 1번 출구로 나와 약 100m 직진
홈페이지	www.k-medi.or.kr	

□ 의료분쟁 조정·중재 제도란?

- 의료사고의 신속·공정한 피해구제 및 보건의료인의 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 만들어졌습니다.
- 조정·중재는 의료인 등 의료사고감정단의 전문가들에 의해 이루어진 감정을 토대로, 법조인·의료인·소비자·대학교수로 구성된 의료분쟁조정위원회의 공정한 조정을 통해 이루어집니다.
- 조정·중재절차에서는 상식과 조리에 따라 상호 양해를 통하여 분쟁이 원만하게 종결될 수 있도록 조정부와 쌍방 당사자 모두 함께 노력합니다.
- 상기 절차를 통하여 합의가 되거나 조정이 성립되는 경우 재판상 화해와 동일한 효력이 있으며, 중재판정의 경우에는 확정판결과 동일한 효력이 있습니다.

□ 조정신청 접수 안내(의료중재원 홈페이지 참조)

- 제출서류(필수서류, 추가서류)

구분	내용
필수 서류	조정신청서 및 별지 1부, 개인(민감)정보 수집·이용·처리 동의서 1부, 신청인 신분증 사본 1부, 통장사본 1부, 증빙서류(필요시), (대리사 위임장 1부, 가족관계증명서 1부), ※ 수수료 납부
추가 서류	진료기록부 사본 및 영상 자료(CD), 진단서, 수술전·후 사진, 진료비 영수증 등

※ 자동개시(사망, 1개월 이상의 의식불명, 장애의 정도가 중증에 해당) 사건의 경우 관련 증명 서류와 진료기록부 일체를 접수 시에 필수로 제출해야 함

- 신청 수수료 안내

수수료 예시		수수료 산식
조정신청액	수수료	
1,000,000	22,000	* 5백만원 이하 <기본수수료 22,000원>
5,000,000	22,000	
10,000,000	32,000	* 5백만원 초과 5천만원 이하 • 22,000원 + (5백만원 초과 1만원 당 20원 가산한 금액) • [(조정신청액 - 5백만원) × 0.0020] + 22,000원
50,000,000	112,000	
100,000,000	162,000	* 5천만원 초과 • 22,000원 + (5백만원 초과 1만원 당 20원 가산한 금액) + (5천만원 초과 1만원 당 10원 가산한 금액) • [(조정신청액 - 5천만원) × 0.0010] + 112,000원
200,000,000	262,000	

※ 수수료 감면대상 : 기초생활수급자(면제), 국가유공자 및 그 유족 또는 가족*(면제), 중증장애(50%), 경증장애(30%)(감면대상은 증빙자료 제출 필요)

* 참전유공자는 본인만 해당, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조 제1항에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족으로 국가보훈처에 등록되어 있어야 함

□ 처리 및 절차

- (처리기간) 조정신청이 개시된 날부터 90일* 이내에 처리합니다.

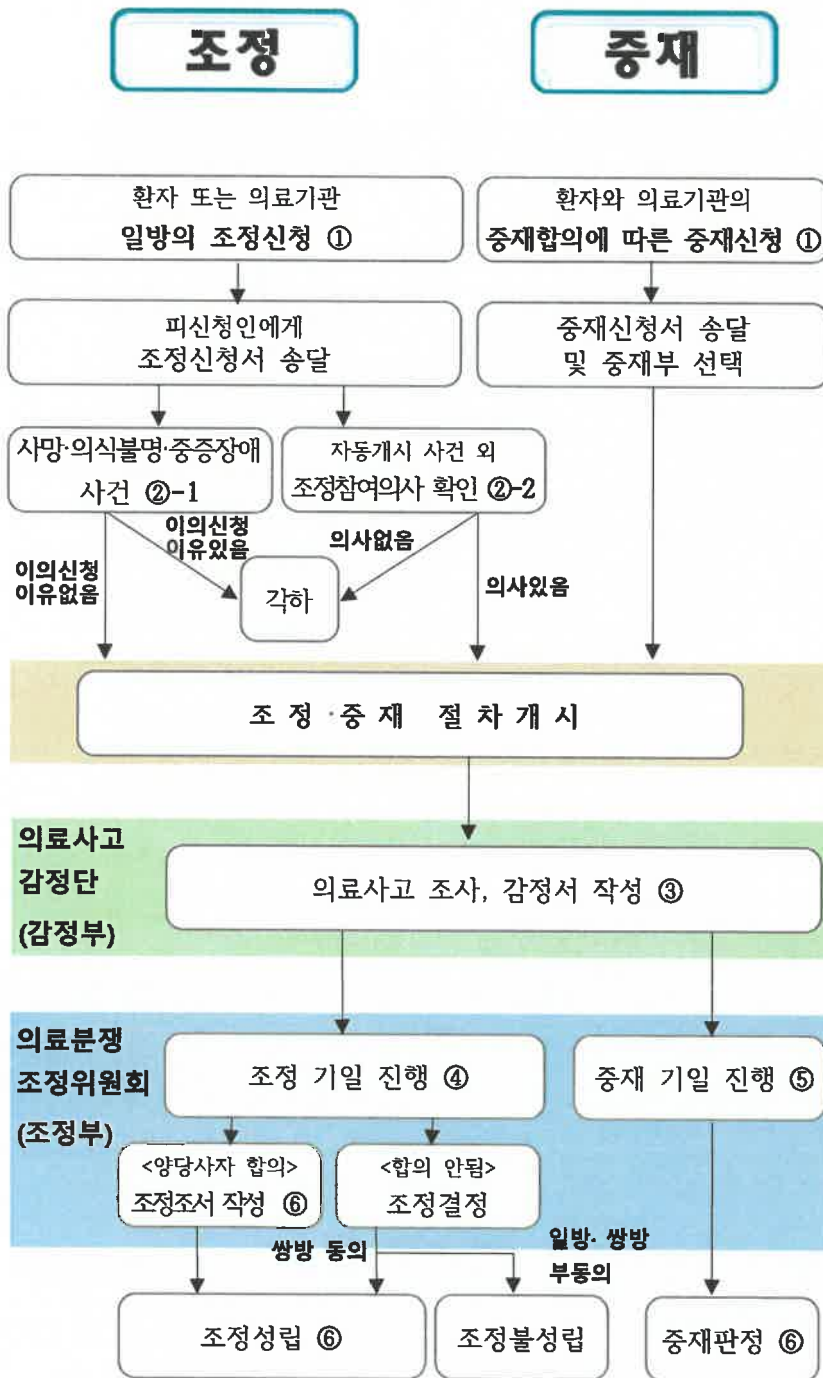
* 단, 1회에 한하여 30일까지 연장 가능, 사건 필요자료 미제출 등 상황에 따라 불산입 기간 미포함

- (자동개시 사건) '16.11.30. 이후 최초로 종료된 의료행위로 인한 사망, 1개월 이상 의식불명, 중증장애에 해당하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에 해당하는 사건은 피신청인이 조정신청서를 송달받은 날부터 지체 없이 조정절차가 개시 됩니다. 이에 대한 피신청인의 이의신청기간은 송달받은 날부터 14일 이내입니다.

- (처리절차)



절 차 안 내 도



① (조정) 일방 당사자가 조정신청
(중재) 양 당사자가 조정부의
결정에 따르기로 서면으로 합의한 후
중재신청 가능

②-1 조정신청의 대상인 의료사고가

- 사망
- 1개월 이상의 의식불명
- 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인 중
장애 정도가 중증에 해당하는 경우로서
대통령령으로 정하는 경우

이에 해당하는 경우, 피신청인이
조정신청서를 송달받은 날로 조정절
차가 개시됨

피신청인은 송달받은 날로 14일 이내에
'이의신청'이 가능하며 이유있음으로
판단될 경우 조정신청은 각하됨

②-2 조정신청(②-1 제외대상)은
피신청인이 조정신청서를 송달받은
날부터 14일 이내에 의료중재원에
참여의사를 통지하는 경우 조정
절차가 개시됨

피신청인이 참여의사를 밝히지
않는 경우 조정신청은 각하됨

③ 의료과오 유무 등을 규명합니다.
감정이 종료되면 양 당사자에게
감정서 배부 가능함

④ 종국적인 분쟁해결 방안을 도출·
제시함

⑤ 중재절차는 조정절차에 준하여
진행됨

⑥ 재판상 화해 또는 확정판결과
동일한 효력을 갖게 되고 분쟁이
종결됨

■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식]

의료분쟁 조정신청서(환자용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하며, ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다.

(앞쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (환자)	성명			생년월일			성별			
		주소	(우편번호)								
		연락처	※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기								
		e-mail	(휴대폰) (직장) (자택)								
	② 당사자 (상속인)	성명			생년월일			성별			
		환자와의 관계	망 ○○○(생년월일 □□□□□□ / 성별)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 형제자매 [] 기타()								
		주소	(우편번호)								
		연락처	※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기								
e-mail				팩스번호		문자메시지 수신		[]원함 []원치 않음			

③ 신청인의 대리인	성명			생년월일			성별			
	신청인과의 관계	[] 법정대리인, [] 배우자, [] 직계존속, [] 직계비속, [] 형제자매 [] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()								
	주소	(우편번호)								
	연락처	※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기								
e-mail				팩스번호		문자메시지 수신		[]원함 []원치 않음		

④ 피신청인 (보건의료기관개설자, 보건의료인)	성명/법인명(기관명)			연락처			업무담당자 성명			
	주소	(우편번호)				팩스번호				
	보건 의료인 성명			연락처						
	보건 의료인 진료 과목 및 분야	[] 내과(소화기, 심장, 기타), [] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 흉부) [] 산부인과/소아청소년과, [] 안과/이비인후과, [] 피부과/비뇨의학과 [] 치과, [] 한방 병원·의원, [] 약국 [] 기타()								

⑤ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.								
	조정신청액			수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.					
	환자 상태	[] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애의 정도가 중중에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()								

⑥ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(√)하시고, "그 밖의 경우"에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다). [] 민사소송의 제기, [] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [] 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원에의 조정신청 등								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다.

※ [] 조정신청 사건 관련 감정완료 시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [] e-mail, [] 팩스).

년 월 일

⑦ 신청인(또는 대리인)

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장

귀하

첨부서류	1. 환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다)
	2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.)
	3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류
	4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본 나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본 다. 장애의 정도가 중중에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애인진단서, 장애인등록증 및 장애인증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본

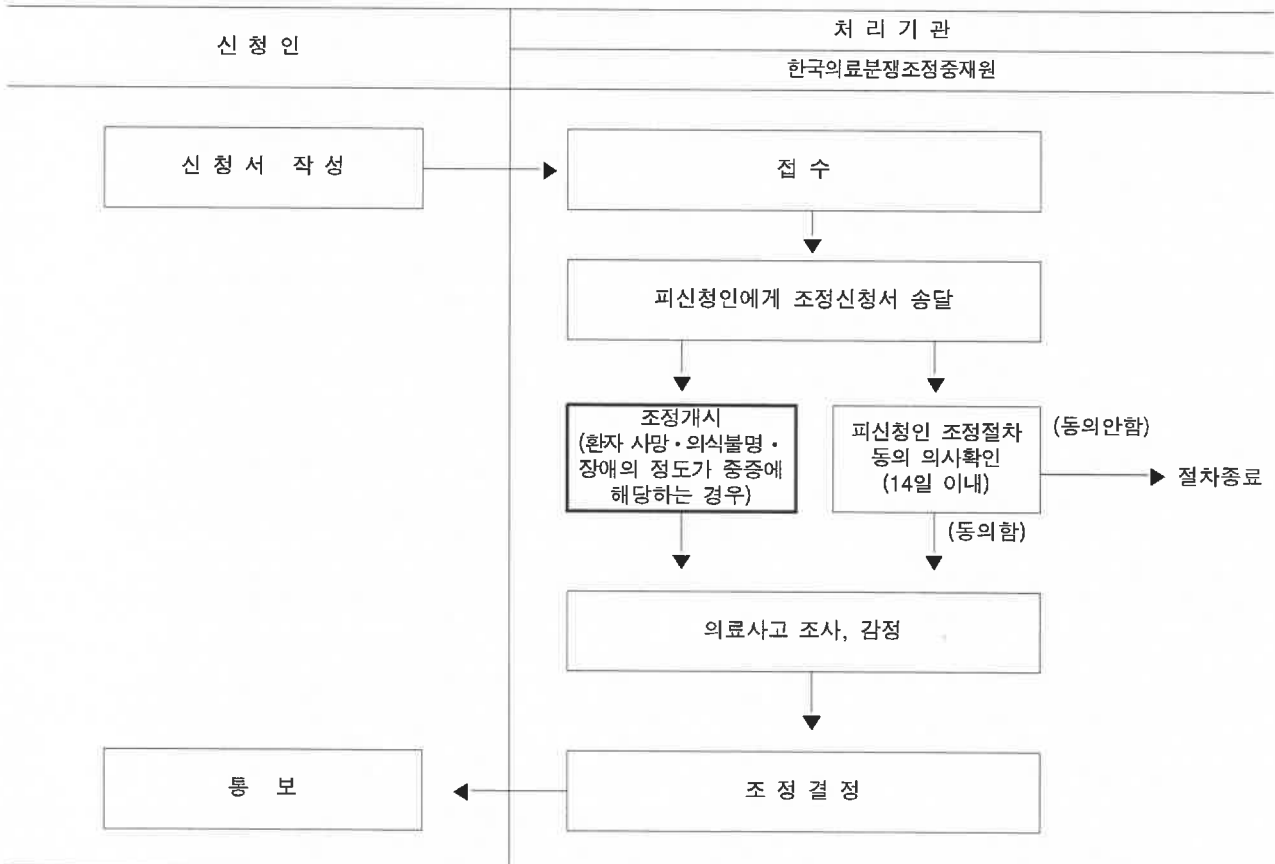
210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

신청서 작성요령

- ① **당사자(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 문자메시지 수신 여부에 체크(√)합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 당사자가 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ② **당사자(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재하고(사망신고 여부와는 관계가 없음) 상속인인지 여부를 확인할 수 있도록 사망한 환자의 가족관계증명서를 첨부합니다. 신청하는 상속인의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정한 사람 외에는 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부해야 합니다.
- ④ **피신청인(보건의료기관개설자, 보건의료인)** : 의료사고가 발생한 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우에는 개인의 성명, 법인인 경우에는 법인의 명칭(개인의 성명이나 법인의 명칭을 모르는 경우에는 보건의료기관의 명칭)을 기재합니다. 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 연락처, 업무담당자 성명, 주소, 팩스번호를 기재하고, 의료행위를 한 보건의료인의 성명, 연락처를 기재한 후 진료과목 해당란에 체크(√)합니다. 보건의료기관의 기관명은 통칭이나 약칭은 피하고 정식명칭을 기재합니다. 업무담당자, 팩스번호를 모를 경우에는 생략할 수 있습니다. 피신청인이 복수인 경우에는 별지를 사용하여 동일한 방식으로 기재합니다.
- ⑤ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 손해배상을 청구하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등에 대한 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 청구내역의 총액을 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자는 수수료를 면제하고, 「장애인복지법」에 따른 장애인은 수수료를 감액(장애의 정도가 심한 장애인은 50%, 장애의 정도가 심하지 아니한 장애인은 30%) 받을 수 있습니다.
- ⑥ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 “그 밖의 경우”에 해당하는 경우 그 내용을 () 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑦ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인이, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.
- ※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정서는 1회에 한하여 무료 배부될 수 있으므로, 배부를 신청하는 경우에는 수령 가능한 e-mail 또는 팩스번호 반드시 기재 요망

처리 절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.





조정(중재) 신청서 별지

환자 작성용

- 이 기록지는 사고내용의 판단을 위해 중요한 자료로 이용되므로 빠짐없이 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.
- 작성된 내용은 상대방에게 제도이용 및 답변(해명) 요청을 위한 자료로 그대로 송달되오니 객관적인 사실을 토대로 작성하여 주시기 바랍니다. (상대방을 비방하거나 사실과 다른 내용 작성 금지)

가. 환자 기본 정보

성명		성별	남 / 여	생년월일	년 월 일 (세)	국적	
현재 상태	☐ 사망 ☐ 중증장애(1~3급) ☐ 경증장애(4~6급) ☐ 치료중 ☐ 완치 ☐ 기타 ()						
직업	☐ 사무직 ☐ 자영업자 ☐ 농어민 ☐ 주부 ☐ 학생 ☐ 무직 ☐ 기타 ()						

나. 의료기관에 내원하게 된 이유

1. 환자가 본진 의료기관에 내원하게 된 이유(증상·배경 등)에 관한 질문

1-1. 내원 일자 : 20 년 월 일

1-2. 내원 이유 :

2. 과거병력에 관한 질문

2-1. 환자가 과거에 앓았거나 현재까지 앓고 있는 질환이 있습니까? ☐예 ☐아니오

2-2. (위 2-1의 질문에 「예」라고 답한 경우) 무슨 진단으로 어떤 치료를 받았습니까? (의료기관, 치료기간 포함)

다. 사건 경위 (진단·치료 ~ 사건발생)

1. 환자 증상에 대한 담당 의료인의 진단에 관한 질문

1-1. 어떤 검사를 받았습니까? (복수응답 가능)

☐X-ray ☐CT ☐MRI ☐내시경 ☐초음파 ☐혈액검사 ☐혈압 ☐기타 ()

1-2. 진단명 :

1-3. 진단 후 치료계획에 대하여 무슨 설명을 들었습니까?

2. 진단 후 치료계획에 대한 설명·동의에 관한 질문

2-1. 진단 후 치료계획에 대한 설명에 동의를 하였습니까? ☐예 ☐아니오 ☐기타()

2-2. 설명 방법 : ☐구두 ☐서면 ☐구두+서면 ☐없음 ☐기타()

2-3. 설명한 의료인 : ☐담당의 ☐간호사 ☐상담실장 ☐기타()

2-4. 설명에 동의한 사람 : ☐환자 본인 ☐보호자(관계:) ☐기타()

3. 진단에 따른 담당 의료인의 치료에 관한 질문

3-1. 치료를 받은 진료과는 어디입니까? (복수응답 가능)

3-2. (위 3-1) 진료과에서 어떤 치료를 받았습니까?

- 진료형태 : ☐외래 ☐입원 ☐응급실 ☐기타()

- 치료기간 : 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일

- 치료내역 :

4. 담당 의료인 치료에 따른 피해(악결과) 발생에 관한 질문

4-1. 피해 발생일 : 20 년 월 일

4-2. 의료사고 피해가 발생한 신체 부위와 그 증상은 무엇입니까?

5. 피해(악결과) 발생에 대한 담당 의료인의 주요 처치에 관한 질문

5-1. 담당 의료인은 발생한 피해에 대하여 어떤 조치를 하였습니까? (처치 방법, 기간, 설명 등)

5-2. (위 5-1)의 조치로 인하여 환자의 상태는 어떻게 되었습니까? (회복여부 등)

라. 사건발생 후 경과 (사건발생 ~ 현재)

1. 피해(악결과) 발생으로 인해 다른 의료기관에서 추가 치료를 받았는지에 관한 질문

1-1. 다른 의료기관에서 추가 치료를 받았습니까? ☐예 ☐아니오

1-2. (위 1-1의 질문에 「예」라고 답한 경우) 추가 치료 내용을 작성해주시시오. (의료기관, 진료과, 치료기간 등)

2. 최근 환자의 상태에 관한 질문

2-1. 환자는 현재 치료를 계속 받고 있습니까? ☐예 ☐아니오

2-2. 향후 추가 치료를 받을 계획이 있습니까? ☐예 ☐아니오

2-3. (위 2-2의 질문에 「예」라고 답한 경우) 추가 치료 계획의 내용은 무엇입니까? (의료기관, 진료과, 치료기간 등)

2-4. 환자의 현재 상태 또는 향후 예상되는 증상은 무엇입니까? (후유장애 진단 가능성 포함)

마. 의료사고 피해 발생 상세 내역

☐ 치료부터 의료사고 피해(악결과) 발생 경과를 상세히 작성해주십시오. (날짜·시간대별)

[illegible]

☞ 지면이 부족한 경우 별지를 이용해서 추가 작성해주시기 바랍니다.

바. 사건발생 인과관계 및 당사자 협의 등

1. 담당 의료인 치료·처치의 적절성 여부에 관한 질문

1-1. 의료인의 치료가 적절하지 않았거나, 처치 과정에서 문제가 있다면 무엇이라고 생각합니까? :

1-2. 치료와 피해(악결과) 발생 간에 관련이 있다면 그 원인은 무엇이라고 생각합니까? :

1-3. (위 1-1과 1-2)를 고려하여 「의료사고 감정」시 의학적으로 중점적인 검토가 필요한 사항(의료감정)을 작성해주십시오.

※ 「의료감정」이란 조정부가 조정·중재할 수 있도록 의학적 전문지식 또는 그 지식을 이용한 판단을 정리하는 것

* 작성 예시 ① 오진(사유: 내원 시 복통을 호소하였으나 담당 의사는 이를 간과함)
② 수술 시 술기 미흡(사유: 집도의사의 술기 미흡으로 수술 시 잘못하여 신경을 손상시킴)
③ 환자의 사망 원인(사유: 복막염에 대한 오진으로 처치가 지연되어 환자가 사망하게 됨)

1-4. 「조정·중재 절차」 진행 시 법률적으로 중점적인 검토가 필요한 사항이 있으면 작성해주십시오.

2. 의료기관 측과 협의한 내용에 관한 질문

2-1. 본건과 관련하여 누구와 대화·해결을 시도해 보았습니까? (복수응답 가능)

☐담당 의료인 ☐의료기관 업무담당자 ☐배상보험·공제조합 ☐없음 ☐기타()

2-2. 의료인·의료기관 측이 과실 및 책임을 인정하였습니까?

2-3. 당사자 간에 협의한 내용이 있다면 그 내용을 작성해 주십시오.

사. 조정신청금액(손해배상) 산정

※ 손해배상 산정내역은 의료사고 감정 및 조정 업무를 위한 기초자료로 활용되므로 객관적 사실과 증빙자료를 반영하여 기재하여 주시기 바랍니다.

☐ 조정신청(손해배상)금액의 산정 내역

구분		산정금액	산정 근거
적극적 손 해	① 치료비	_____ 원	[이미 지출한 치료비를 기재]
	② 향후 치료비	_____ 원	[향후 예상되는 치료비를 기재(향후 추정치료비계산서)]
	③ 개호비(간병비)	_____ 원	[치료기간 동안 간병 및 치료 후 후유장애에 따른 개호비를 기재]
	④ 기타	_____ 원	[장례비 의료보조장구 등 비용을 기재]
소극적 손 해	① 휴업손해	_____ 원	[이 사건으로 일하지 못한 소득상실분을 기재(상실기간 포함)]
	② 일실이익	_____ 원	[후유장애 발생시 노동능력상실에 따른 소득상실분을 기재(상실기간 포함)]
위자료	① 위자료	_____ 원	[정신적 피해에 대한 배상요구액을 기재]
계		_____ 원	[적극적 손해 + 소극적 손해 + 위자료]

20 년 월 일

신청인 / 대리인 : _____ (인)

<조정절차가 개시되는 경우 필요서류>

- ① 해당 의료기관의 의무기록 사본(영상기록 포함)
- ② 이송 의료기관의 의무기록 사본(영상기록 포함) 소견·진단서
- ③ 진료비 영수증 또는 진료비세부내역서 등 진료비 관련 자료
- ④ 일실소득 상실시 소득 관련 증빙,
- ⑤ 기타 증빙 또는 참고자료 등

개인(민감)정보 수집 · 이용 · 처리 동의서

- ◇ 한국의료분쟁조정중재원은 「개인정보 보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보 및 민감정보 수집 · 이용에 관한 동의를 받고 있습니다.
- ◇ 수집된 개인정보는 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따라 의료분쟁 조정 · 중재 및 의료사고 감정 등을 위하여 활용되며 수집 · 이용 목적 외 다른 목적으로 이용되지 않습니다.

[개인정보 수집 · 이용 동의]

구 분	구분	항 목	수집목적	보유기간
조정(중재) 신청서	필수	계좌번호, 예금주	신청 수수료 환급	<u>영구</u>
사건관련 제출서류 (참여의사확인서, 위임장, 관계증명서, 제직증명서)	필수	성명, 생년월일, 주소, 연락처	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	<u>5년</u>

☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다
 ※ 위의 개인정보 수집·이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정·중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

[개인정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집·이용합니다.

구 분	항 목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재)신청서 및 별지	신청인 정보, 조정(중재)신청 내용	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 시행규칙 제7조	<u>영구</u>

[민감정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제23조제1항제2호에 따라 민감정보를 수집·이용합니다.

구 분	항 목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재)신청서 별지	<u>의료사고 경위</u>	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사 무 처리	「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 시행령 제30조의2제5항	<u>영구</u>
진료기록, 답변서, 요양급여내역, 요양급여비용명세서	<u>환자의 건강에 관한 정보</u>			<u>5년</u>

[고유식별정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제24조제1항제2호, 제24조의2제1항제1호에 따라 고유식별정보를 수집·이용합니다.

구 분	항 목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재))신청서	<u>여권번호,</u> <u>외국인등록번호</u>	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 시행령 제30조의2제5항	<u>영구</u>

[개인정보 처리 안내]

귀하가 제출한 사건 관련 서류 등은 전자문서로 변환되어 보유기간까지 전자문서로 보존될 예정이며, 귀하가 제출한 서류는 다음 귀하의 의사에 따라 사건종료 후 1개월 이내에 전부 반환 또는 파기될 예정임을 알려드립니다.

본인은 전자문서 보존에 동의하며, 사건종료시 제출된 서류 일체를

☐ 반 환 받겠습니다.

☐ 파 기 를 요청합니다.

* 처리 요청은 자필로 작성바랍니다.

20 . . .

신청인 (또는 대리인)

(서명 또는 인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

※ 개인정보 취급에 관한 상세한 사항은 우리 원 홈페이지(www.k-medi.or.kr)의 “개인정보처리방침”을 참조하시기 바랍니다.

위임장

위임인 (환자)	성명	
	주민등록번호	□□□□□□-****
	주소	
	연락처	
수임인	성명	
	주민등록번호	□□□□□□-****
	주소	
	연락처	
	환자와의 관계	

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임인 :

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

대리인 선임범위	1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매 2. 변호사 3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자 (제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함) ※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항
-------------	--

※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.

※ 위임인(환자)과 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서(환자기준), 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

위임장

위임인 (상속인)	성명	
	주민등록번호	□□□□□□□ — * * * * *
	주소	
	연락처	

※ 위임인(상속인)이 다수인 경우 별지 추가 기재

수임인	성명	
	주민등록번호	□□□□□□□ — * * * * *
	주소	
	연락처	
	위임인과의 관계	

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에
조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의,
대리인의 선임 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임인 :

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

대리인 선임범위	1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매 2. 변호사 3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자 (제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함) ※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항
-------------	--

- ※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.
- ※ 상속인이 다수인 경우 한 명의 상속인에게 조정과 관련된 일체의 권한을 위임할 수 있습니다.
- ※ 수임인(상속인)이 다시 대리인을 선임하는 경우 별도의 위임장을 제출하여야 합니다.
- ※ 환자, 위임인(상속인) 및 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서, 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

[별지] 위임인 목록

위임인 2 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 3 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 4 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 5 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 6 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 7 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 8 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	- * * * * *
	주 소	
	연 락 처	

※ 위임인이 8명 이상인 경우 추가로 별지 작성

■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식] <개정 2019. 8. 12.>

의료분쟁 조정신청서(환자용)

견본

* []에는 해당하는 곳에 √표를 하여, ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다.

(양쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (환자)	성명	(환) 홍길동		생년월일	1980. 1. 1.	성별	남
		주소	(우편번호) 04007 서울 중구 루한로 110 X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
	연락처	(휴대폰) 010-1234-1234 (직장)		(자택)				
	e-mail	hgd@email.com		팩스번호		전자서신	[] 원치 않음	
② 당사자 (상속인)	성명	홍 조영		생년월일	1985. 2. 2.	성별	남	
	원가족의 관계	홍길동(생년월일 1980. 1. 1.) / 성별 남]의 [] 배우자, [√] 직계비속, [] 직계존속, [] 형제자매, [] 기타()						
	주소	(우편번호) 04007 서울 중구 루한로 110 X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기						
	연락처	(휴대폰) 010-1234-0000 (직장)		(자택) 02-0210-0000				
③ 신청인의 대리인	성명	김 변 호		생년월일	1970. 8. 8.	성별	여	
	신청인과의 관계	[] 법정대리인, [] 배우자, [] 직계존속, [] 직계비속, [] 형제자매 [√] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()						
	주소	(우편번호) 00100 서울 강남구 테헤란로 100 X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기						
	연락처	(휴대폰) 010-1670-2646 (직장)		02-1670-2646	(자택)			
④ 피신청인 (보건의료기관·개원자, 보건의료인)	성명(법인명)	의료법인 감동병원 의료재단 감동병원 병동		연락처	02-0000-0000	업무담당자 성명	홍두용 000	
	주소	(우편번호) 00100 서울 중구 루한로 900 X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기						
	보건 의료인 성명	김길동		연락처				
	보건 의료인 진료 과목 및 분야	[] 내과(소화기, 심장, 기하), [√] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 흉부) [] 산부인과/소아청소년과, [] 화상/아비인후과, [] 피부과/비뇨의학과 [] 치과, [] 한방 병천·의형, [] 약국 [] 기타()						
⑤ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	무릎 수술 후 골수염 발생 ※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.						
	조정신청액	이천만원		수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.			
	환자 성명	[√] 홍길동, [] 1개월 이상의 의사불평, [] 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()						
⑥ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(○)하시고, '그 밖의 경우'에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다). [] 민사소송의 제기, [] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [] 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원의 조정신청 등 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다. ※ [√] 조정신청 사건 관련 감정원료 시 감정서 확보를 신청합니다(수령방법: [√] e-mail, [] 팩스).							
첨부서류	1. 원자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다) 2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.) 3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류 4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 가. 사망: 사망진단서 또는 사체감안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본 나. 1개월 이상의 의사불평: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의사불평을 증명할 수 있는 서류와 해당 의사불평과 관련된 진료기록 사본 다. 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애진단서, 장애인등록증 및 장애인 증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본 210mm×297mm(일반용지 70g/㎡(자할공품))							

⑦ 신청인(또는 대리인)

김 변 호 (서명 또는 날인) 김 변 호

한국의료분쟁조정위원회장

귀하

“알기 쉬운 조정신청서 작성 방법”

<https://www.k-medi.or.kr/seminar/medical/view.do>



	조정(중재) 신청서 별지 [견본]	환자 작성용
■ 이 기록지는 사고내용의 판단을 위해 중요한 자료로 이용되므로 빠짐없이 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다. ■ 작성된 내용은 상대방에게 제도이용 및 답변(해명) 요청을 위한 자료로 그대로 송달되오니 객관적인 사실을 토대로 작성하여 주시기 바랍니다. (상대방을 비방하거나 사실과 다른 내용 작성 금지)		

가. 환자 기본 정보

※ 환자의 인적 정보와 현재 상태를 작성하는 단계입니다. 필수 기재 항목이나 꼼꼼히 작성해 주세요.

성명	홍길동	성별	남	생년월일	1960년 4월 8일 (59세)	국적	대한민국
현재 상태	☐ 사망 ☐ 중증장애(1-3급) ☐ 경증장애(4-6급) ☐ 치료중 ☒ 원상 ☒ 기타 (공터)						
직업	☐ 사무직 ☒ 자영업자 ☐ 농어민 ☐ 주부 ☐ 학생 ☐ 무직 ☐ 기타 ()						

나. 의료기관에 내원하게 된 이유

※ 해당 병원에 왜 방문했는지 작성하는 단계입니다. 의료사고와 관련된 사항을 중심으로 작성해주세요.

1. 환자가 본건 의료기관에 내원하게 된 이유(증상·배경 등)에 관한 질문

이번 의료사고 발생 전 해당 의료기관의 처음 방문 일자와 증상을 적어주세요.

1-1 내원 일자 : 2019년 1월 2일

1-2 내원 이유 : 2019. 1. 1.에 계단에서 넘어져 부딪힌 후 발생한 좌측 무릎 통증으로 A병원에 내원하였습니다.

2. 과거병력에 관한 질문

의료사고와 연관 있는 질병(예: 고혈압, 당뇨 등)을 가지고 있는 경우

1) 질환을 묻는 항목에 예를 체크하고

2) 질병과 관련된 약을 먹는다면 약을 처방받은 병원과 언제부터 약을 복용했는지도 작성합니다.

2-1 환자가 과거에 앓았거나 현재까지 앓고 있는 질환이 있습니까? ☒ 예 ☐ 아니오

2-2 (위 2-1의 질문에 「예」라고 답한 경우) 무슨 진단으로 어떤 치료를 받았습니까? (의료기관, 치료기관 포함)
B병원에서 당뇨병을 진단받고 2015. 1.부터 당뇨병 약을 복용 중입니다. 현재까지 계속 당뇨병 약을 복용하고 있습니다.

다. 사건 경위 (진단 · 치료 ~ 사건발생)

※ 해당 병원에서 받은 진료 전반에 대해 작성하는 단계입니다. 사실 위주로 적어주시고, 꼭 완성된 문장이 아니어도 괜찮습니다.

1. 환자 증상에 대한 담당 의료인의 진단에 관한 질문

처음 진료를 받을 때 진행한 검사가 있다면 관련 항목에 체크하거나 기타에 작성해주세요.
만약 진행한 검사가 없다면 빈칸으로 두시면 됩니다.

해당 의료기관에서 진찰·검사 후 의사로부터 설명들은 환자의 질병명, 치료 계획을 작성합니다.

1-1. 어떤 검사를 받았습니까? (복수응답 가능)

☒X-ray ☐CT ☒MRI ☐내시경 ☐초음파 ☒혈액검사 ☒혈압 ☐기타()

1-2. 진단명 : 좌측 슬관절 전방 십자인대 파열, 외측 반월상 연골파열

1-3. 진단 후 치료계획에 대하여 무슨 설명을 들었습니까?

문제 부위에 대한 수술 (관절경하 전방십자인대 재건술, 외측 반월상 연골봉합술)을 진행할 거라 들었습니다.

2. 진단 후 치료계획에 대한 설명 · 동의에 관한 질문

치료 계획에 대해 설명을 들었는지, 들었다면 어떤 방법으로 들었는지,
누가 설명을 해주었는지, 설명에 동의한 사람은 누구였는지 체크합니다.

2-1. 진단 후 치료계획에 대한 설명에 동의를 하였습니까? ☒예 ☐아니오 ☐기타()

2-2. 설명 방법 : ☐구두 ☒서면 ☐구두+서면 ☐없음 ☐기타()

2-3. 설명한 의료인 : ☒담당약 ☐간호사 ☐상담실장 ☐기타()

2-4. 설명에 동의한 사람 : ☒환자 본인 ☐보호자(관계:) ☐기타()

3. 진단에 따른 담당 의료인의 치료에 관한 질문

3-1. 치료를 받은 진료과는 어디입니까? (복수응답 가능)

치료 받은 진료과를 적고 여러 진료과가 협진한 경우 주치의의 진료과를 적습니다.

만약 치료기간 중 2개의 진료과에서 치료를 받은 경우에는 2개 진료과를 모두 기재합니다.

정형외과

3-2. (위 3-1) 진료과에서 어떤 치료를 받았습니까?

받은 치료의 형태를 체크하고, 치료 받은 최종 기간과 내역을 작성합니다.

치료 내역은 시간 순서에 맞춰 사실 위주로 간략하게 작성해 주세요.

- 진료형태 : ☒외래 ☒입원 ☐응급실 ☐기타
- 치료기간 : 2019년 1월 2일 ~ 2019년 8월 20일
- 치료내역 : 2019. 1. 2. 무릎 통증으로 A의원에 내원했습니다.
2019. 1. 3. 좌측 무릎 부위에 수술을 진행했습니다.
2019. 4. 17. 염증부위 제거 수술을 진행했습니다.
2019. 2월~7월까지 정기적인 검사와 항생제를 받았습니다.
2019. 8. 20. 까지 외래로 방문하여 경과관찰 치료 받았습니다.

4. 담당 의료인 치료에 따른 피해(악결과) 발생에 관한 질문

치료로 인해 어떤 부위에 어떤 피해가 어느 정도로 발생했는지 작성해주세요.

4-1. 피해 발생일 : 2019년 3월 3일

4-2. 의료사고 피해가 발생한 신체 부위와 그 증상은 무엇입니까?

수술 후에도 통증과 부종이 조금씩 지속되다가 3. 3. 심한 통증과 함께 분비물이 흘러나오기 시작하였습니다.

5. 피해(악결과) 발생에 대한 담당 의료인의 주요 처치에 관한 질문

5-1. 담당 의료인은 발생한 피해에 대하여 어떤 조치를 하였습니까? (처치 방법, 기간, 설명 등)

의료사고가 발생한 후 의료인이 어떤 치료를 얼마 동안 진행하였는지

치료 후 상태가 어떻게 달라졌는지 작성해 주세요.

2019. 2월~7월까지 정기적인 검사와 항생제를 받았습니다. 통증을 지속적으로 호소하였으나 지켜 보자고만 하더니 2019. 8. 20.에서야 큰 병원에 가보라고 소견서를 써 주었습니다.

5-2. (위 5-1)의 조치로 인하여 환자의 상태는 어떻게 되었습니까? (회복여부 등)

약물을 계속 복용하였으나 통증과 부종이 더 심해졌습니다.

라. 사건발생 후 경과 [사건발생 ~ 현재]

※ 의료 사고가 발생한 후 추가 진료 여부와 환자의 상태를 작성하는 단계입니다.

1. 피해(악결과) 발생으로 인해 다른 의료기관에서 추가 치료를 받았는지에 관한 질문

의료사고로 인해 다른 병원에서 추가 치료를 받았다면 '예'에 체크한 후, 어떤 치료를 받았는지 시간 순서대로 작성해주세요.

1-1. 다른 의료기관에서 추가 치료를 받았습니까? ☒예 ☐아니오

1-2. (위 1-1의 질문에 「예」라고 답한 경우) 추가 치료 내용을 작성해주시요. (의료기관, 진료과, 치료기간 등)

2019. 8. 23. 상급병원인 ○○병원에서 골수염 진단을 받고 항생제 치료를 한 후 9. 5. 수술을 받았습니다.

2. 최근 환자의 상태에 관한 질문

앞으로 치료 계획이 있다면 '예'에 체크한 후 어떤 계획이 있는지 작성해주세요.
그리고 지금 환자의 상태와 향후 예상되는 증상을 작성해주세요.

2-1. 환자는 현재 치료를 계속 받고 있습니까? ☐예 ☒아니오

2-2. 향후 추가 치료를 받을 계획이 있습니까? ☐예 ☒아니오

2-3. (위 2-2의 질문에 「예」라고 답한 경우) 추가 치료 계획의 내용은 무엇입니까? (의료기관, 진료과, 치료기간 등)

2-4. 환자의 현재 상태 또는 향후 예상되는 증상은 무엇입니까? (후유장애 진단 가능성 포함)

현재 골수염은 완치하였으나, 무릎에 커다란 흉터가 남았습니다.

마. 의료사고 피해 발생 상세 내역

※ 의료사고 전담 화선에 대해서 적절하진 않습니다. 의료사고와 관련된 내용 위주로 작성하시고, 심도 있는
비판하거나 폭언하는 것은 삼가주세요.

☐ 치료부터 의료사고 피해(악결과) 발생 경과를 상세히 작성해주십시오. (날짜·시간대별)

- 1) 의료사고와 관련된 내용 위주로 작성해주세요.
- 2) 처음 병원을 방문한 날짜부터 의료사고 후 현재까지 있었던 일 중에서 시간 순서에 맞춰서 중요한 내용 위주로 작성합니다.
(조진 - 주요치료내용 (예: 수술) - 이상 증상 발생일 - 치료 내용 순)
- 3) 날짜가 정확히 기억나지 않을 때는 진료 기록을 참고하여 최대한 기억나는 순서대로 작성해주세요.

[illegible]

다 지면이 부족한 경우 별지품 이용해서 추가 작성해주시기 바랍니다.

바. 사건발생 인과관계 및 당사자 협의 등

※ 의료인의 잘못으로 인한 피해가 발생했다고 생각하는 부분을 강조하고, 협의를 시도한 적 있는지 작성하는 단계입니다. 메시지가 정확하게 전달되도록 주장의 핵심요소만 골라 적어주세요.

1. 담당 의료인 치료·처치의 적절성 여부에 관한 질문

1-1 의료인의 치료가 적절하지 않았거나, 처치 과정에서 문제가 있다면 무엇이라고 생각합니까? :

치료 행위 과정 중 잘못되었다고 생각하는 부분이 어떤 것인지 작성해 주세요.
의료적으로 정확하지 않아도 괜찮습니다.

무릎수술 후에 염증이 발생되었고, 이후 염증 치료를 잘못하여 염증이 장기화 되었고 골수염으로 이어지게 되었습니다. 또한 치료 진행이 어려울 경우 상급병원으로 안내하는 것이 도리어나 해당 병원은 지켜 보자고만 하였습니다.

1-2 치료와 피해(악결과) 발생 간에 관련이 있다면 그 원인은 무엇이라고 생각합니까? :

위 항목(1-1)에 작성한 치료 행위가 왜 피해(악결과)를 발생시켰다고 생각하는지 작성해 주세요.
의료적으로 정확하지 않아도 괜찮습니다.

수술 이후 염증이 발생하였고, 염증이 지속되고 있음에도 불구하고 그에 맞는 치료가 늦어져 골수염으로 악화되었습니다. 이로 인해 무릎에 보기 흉한 큰 흉터가 남게 되었습니다.

1-3. (위 1-1과 1-2)를 고려하여 「의료사고 감점」시 의학적으로 중점적인 검토가 필요한 사항(의료감정)을 작성해주십시오.

의료증재원에서 중점적으로 검토해줬으면 하는 의학적 내용이 무엇인지 작성해 주세요.

※ 「의료감정」이란 조정부가 조정·중재할 수 있도록 의학적 전문지식 또는 그 지식을 이용한 판단을 정리하는 것

수술시 감염 예방 조치 미흡(사유: 수술 후 염증이 발생함)

염증에 대한 적절한 치료와 전원이 늦어져 골수염으로 악화되었고 흉터가 남음(사유: 치료에 효과가 없었고 염

증에 대한 반복 수술을 주기로 받게 되어 큰 흉터가 발생)

· 작성 예시 ① 오진사유: 내원 시 복통을 호소하였으나 담당 의사는 이를 간과함

② 수술 시 술기 미흡(사유: 집도의사의 술기 미흡으로 수술 시 잘못하여 신경을 손상시킴)

③ 환자의 사망 원인(사유: 복막염에 대한 오진으로 저치가 지연되어 환자가 사망하게 됨)

1-4. 「조정·중재 절차」 진행 시 법률적으로 중점적인 검토가 필요한 사항이 있으면 작성해주십시오.

의료증재원에서 중점적으로 검토해줬으면 하는 법률적 내용이 있다면 작성해 주세요.

(조정·중재 절차 진행 시 법률적인 검토가 필요한 사항이 있으면 작성하시기 바랍니다.)

2. 의료기관 측과 협의한 내용에 관한 질문

의료사고가 발생한 병원과 문제 해결을 위해 협의한 적이 있다면

누구와 이야기를 나누었으며, 의료기관이 잘못과 책임을 인정하였는지 작성해주세요.

그리고 합의한 내용이 있다면 작성해주세요.

만약 병원과 협의한 적이 없다면 '없음'에 체크해주세요.

2-1. 본건과 관련하여 누구와 대화·해결을 시도해 보았습니까? (복수응답 가능)

☒ 담당 의료인 ☐ 의료기관 업무담당자 ☐ 배상보험·공제조합 ☐ 없음 ☐ 기타()

2-2. 의료인·의료기관 측이 과실 및 책임을 인정하였습니까?

A의원 원장은 수술 후 발생한 염증은 불가항력적인 것이라 주장합니다.

2-3. 당사자 간에 협의한 내용이 있다면 그 내용을 작성해 주십시오.

A의원 원장과 한국의료분쟁조정중재원을 통하여 합의하기로 동의하였습니다.

사. 조정신청금액(손해배상) 산정

※ 의료 과오에 의한 피해(악결과)로 실제 발생한 손해를 기재하는 항목으로 신청인 입장에서 희망하는 보상금을 산정해서 기재합니다. 조정 절차상 손해배상액과는 다를 수 있기 때문에, 반드시 정확해야 하는 것은 아닙니다.

※ 손해배상 산정내역은 의료사고 감정 및 조정 업무를 위한 기초자료로 활용되므로 객관적 사실과 증빙자료를 반영하여 기재하여 주시기 바랍니다.

□ 조정신청(손해배상)금액의 산정 내역

구분		산정금액	산정 근거
적극적 손 해	① 치료비	_____ 원	피해(악결과)로 인해 실제 추가로 납부한 치료비용 [이미 지출한 치료비를 기재]
	② 향후 치료비	_____ 원	앞으로 치료가 필요한 경우 예상되는 비용 [향후 예상되는 치료비를 기재(향후 주장치료비계산서)]
	③ 간호비(간병비)	_____ 원	환자가 독립적으로 활동할 수 없어 간병인을 고용하거나 가족이 간병한 비용 [치료기간 동안 간병 및 치료 후 후유장애에 따른 간호비를 기재]
	④ 기타	_____ 원	의료보조장구 구입비용, 장례비 등의 비용 [장례비 의료보조장구 등 비용을 기재]
소극적 손 해	① 휴업손해	_____ 원	(과거) 의료사고 결과로 일을 하지 못해 벌지 못한 소득 [이 사건으로 말하지 못한 소득상실분을 기재(상실기간 포함)]
	② 일실이익	_____ 원	(미래) 의료사고로 사망하거나 장애가 발생되지 않았을 경우, 얻을 수 있으리라고 생각되는 소득금액을 기재 [후유장애 발생시 노동능력상실에 따른 소득상실분을 기재(상실기간 포함)]
위자료	① 위자료	_____ 원	정신적 피해 정도를 고려하여 기재 [정신적 피해에 대한 배상요구액을 기재]
계		_____ 원	위에 산정한 금액을 모두 더한 금액으로 조정신청서 하단 조정신청액과 동일하게 기재 [적극적 손해 + 소극적 손해 + 위자료]

20 년 월 일

신청일(날짜)을 기재합니다.

신청인 / 대리인 : _____ (인)

성명을 기재하고 서명 혹은 도장을 날인합니다.

<조정절차가 개시되는 경우 필요서류>

- ① 해당 의료기관의 의무기록 사본(영상기록 포함)
- ② 이송 의료기관의 의무기록 사본(영상기록 포함) 소견 진단서
- ③ 진료비 영수증 또는 진료비세부내역서 등 진료비 관련 자료
- ④ 일실소득 상실시 소득 관련 증빙,
- ⑤ 기타 증빙 또는 참고자료 등

개인(민감)정보 수집·이용·처리 동의서

- ◇ 한국의료분쟁조정중재원은 「개인정보 보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보 및 민감정보 수집·이용에 관한 동의를 받고 있습니다.
- ◇ 수집된 개인정보는 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따라 의료분쟁 조정·중재 및 의료사고 감정 등을 위하여 활용되며 수집·이용 목적 외 다른 목적으로 이용되지 않습니다.

[개인정보 수집·이용 동의]

구분	구분	항목	수집목적	보유기간
조정(중재) 신청서	필수	계좌번호, 예금주	신청 수수료 환급	영구
시간관련 제출서류 (적어의사확인서, 위임장, 관계증명서, 재직증명서)	필수	성명, 생년월일, 주소, 연락처	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	5년

☒ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다
 ※ 위의 개인정보 수집 이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정 중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

[개인정보 수집·이용 내역]

개인정보 보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집·이용합니다.

구분	항목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재)신청서 및 별지	신청인 정보, 조정(중재)신청 내용	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 제7조	영구

[민감정보 수집·이용 내역]

개인정보 보호법 제23조제1항제2호에 따라 민감정보를 수집·이용합니다.

구분	항목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재)신청서 별지	의료사고 경위	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행령 제102조제2항	영구
진료기록, 답변서, 요양급여내역, 요양급여비용명세서	환자의 건강에 관한 정보			5년

[교육식별정보 수집·이용 내역]

개인정보 보호법 제24조제2항제2호, 제24조제2항제1호에 따라 교육식별정보를 수집·이용합니다.

구분	항목	수집목적	수집근거	보유기간
조정(중재) 신청서	여권번호 외국인등록번호	의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률, 시행령 제30조제2항제5항	영구

[개인정보 처리 안내]

귀하가 제출한 사진 관련 서류 등은 전자문자로 변환되어 보유기간까지 전자문자로 보존될 예정이며, 귀하가 제출한 서류는 다음 귀하의 의사에 따라 사진종료 후 1개월 이내에 전부 반환 또는 파기될 예정임을 알려드립니다.
 본인은 전자문서 보존에 동의하며, 사건종료시 제출된 서류 일체를
☒ 반환 받겠습니다. ☐ 파기를 요청합니다. 처리 요청은 자필로 작성바랍니다.

‘반환’ 또는 ‘파기’ 중 자필 기재 필수 작성

20

신청일(날짜)을 기재합니다.

신청인 (또는 대리인)

(서명 또는 인)

성명을 기재하고, 서명 혹은 도장을 날인합니다.

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

※ 개인정보 취급에 관한 상세한 사항은 우리 권 홈페이지(www.k-med.or.kr)의 '개인정보처리방침'을 참조하시기 바랍니다.

위임장

위임인 (환자)	성명	홍길동
	주민등록번호	3 1 0 1 1 1 - * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000
수임인	성명	홍조정
	주민등록번호	6 2 0 2 2 2 - * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000
	환자와의 관계	직계비속(딸)

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

20 년 00 월 00 일

위임인 : 홍길동 (서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

대리인 선임범위	1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매 2. 변호사 3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자 (제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함) ※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항
-------------	--

※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.

※ 위임인(환자)과 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서(환자기준), 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

[위임장 양식(환자 사망의 경우)]

(예시) 망 홍길동(환자)의 상속인들 김영희(아내), 홍중재(아들), 홍한국(아들)이 홍조정(딸)에게 위임하는 경우

위임장

위임인 (상속인)	성명	김영희
	주민등록번호	3 1 0 1 1 1 - * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000

※ 위임인(상속인)이 다수인 경우 별지 추가 기재

수임인	성명	홍조정
	주민등록번호	6 2 0 2 2 2 - * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000
	위임인과의 관계	직계비속 및 형제자매

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에
조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의,
대리인의 선임 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

20 년 00 월 00 일

위임인 : 김영희 (서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

대리인 선임범위	1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매 2. 변호사 3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자 (제8호의 경우 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보강복지령으로 정하는 경우에 한함) ※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항
-------------	---

※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.

※ 상속인이 다수인 경우 한 명의 상속인에게 조정과 관련된 일체의 권한을 위임할 수 있습니다.

※ 수임인(상속인)이 다시 대리인을 선임하는 경우 별도의 위임장을 제출하여야 합니다.

※ 환자, 위임인(상속인) 및 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서, 수임인의 신분증 사본 등을
제출하여야 합니다.

[별지] 위임인 목록

위임인 2 (상속인)	성 명	홍 중 재 (서명 또는 날인)
	주민등록번호	5 7 0 1 1 1 - * * * * *
	주 소	서울특별시 중구 후암로 110
	연 락 처	010-0000-0000
위임인 3 (상속인)	성 명	홍 한 국 (서명 또는 날인)
	주민등록번호	6 0 0 1 1 1 - * * * * *
	주 소	서울특별시 중구 후암로 110
	연 락 처	010-0000-0000
위임인 4 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	□ □ □ □ □ □ - * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 5 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	□ □ □ □ □ □ - * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 6 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	□ □ □ □ □ □ - * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 7 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	□ □ □ □ □ □ - * * * * *
	주 소	
	연 락 처	
위임인 8 (상속인)	성 명	(서명 또는 날인)
	주민등록번호	□ □ □ □ □ □ - * * * * *
	주 소	
	연 락 처	

※ 위임인이 8명 이상인 경우 추가로 별지 작성