

마취 사전 동의서

본인은 시술에 필요하다고 판단되는 마취를 **Anesthesia Associates Northwest(AANW)**가 수행할 수 있도록 승인, 동의 및 요청합니다. 본인의 마취 치료와 관련된 모든 질문이나 우려 사항에 대해 답변을 받거나 해결할 수 있는 기회가 있었습니다.

- **깊은 진정(프로포폴을 사용한 TIVA) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 약물을 혈류에 주입하여 의식을 잃게 하는 것. 환자는 반복적이거나 고통스러운 자극을 받으면 의도적으로 반응할 수 있습니다. 일반적으로 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다. 기도 처치가 필요할 수도 있습니다.
- **MAC(의식하 진정) MAC (Conscious Sedation):** 의식 상실 없이 진정 효과를 내기 위해 혈류에 주입하는 약물입니다. 환자가 구두 명령에 의도적으로 반응할 수 있습니다. 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다.

본인은 드문 합병증 등과 같은 마취 부작용이 때때로 발생할 수 있다는 사실을 고지받았으며 알고 있습니다. 드물지만 합병증으로 인해 입원하여 적절한 지속적인 치료를 받아야 할 수도 있음을 알고 있습니다.

부작용:

인후통
목/턱 통증
오심 및/또는 구토
정맥주사 부위 통증 또는 부상
치아 상해
부종
코피

드문 합병증:

약물 이상반응
호흡기 문제
흡인
저혈압 및/또는 심박수
비정상적인 심장 박동
마비
심장 마비/뇌졸중
사망

본인은 처방약과 일반 의약품을 포함하여 복용 중인 모든 약을 공개하는 것을 포함하여 의료진에게 본인의 완전한 병력을 제공하는 것이 중요하다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 한방 치료제, 알코올 또는 모든 종류의 불법 약물 복용 시 심각한 합병증이 발생할 수 있으며 이를 반드시 알려야 함을 알고 있습니다. 또한 과거 마취제로 인해 발생한 합병증에 대해서도 공개해야 한다는 것을 알고 있습니다.

본인은 이 양식을 직접 읽었거나 누군가가 읽어주었으며, 마취 서비스의 위험성, 대안 및 예상 결과를 이해하고, 질문하고 결정을 고려할 충분한 시간을 가졌음을 인정합니다.

본인은 이 문서에 서명함으로써 임신 중 특정 마취제를 투여할 경우 태아에게 해로울 수 있다는 조언을 받았음을 진술합니다. 임신 중 마취 및/또는 내시경 검사와 관련된 궁금증을 해소할 기회가 주어졌고, 모든 질문에 만족할 만한 답변을 받았습니다.

본인은 다음을 추가로 진술합니다. 임신 중이 아닙니다 임신 중입니다 해당 없음
I further represent that I am not pregnant I am pregnant N/A

그리고 본인은 마취 제공자가 적절하다고 판단하는 경우 마취와 함께 대장내시경/내시경 검사를 실시할 수 있도록 의료기관 및 AANW 에 권한을 부여합니다.

환자 또는 법정 대리인 서명
Patient or Legal Representative Signature

날짜
Date

시간
Time

마취 의료진의 서명
Anesthesia Provider's Signature

날짜
Date

시간
Time

마취 사전 동의서

본인은 시술에 필요하다고 판단되는 마취를 **Metropolitan Anesthesia, LLC(MPA)**가 수행할 수 있도록 승인, 동의 및 요청합니다. 본인의 마취 치료와 관련된 모든 질문이나 우려 사항에 대해 답변을 받거나 해결할 수 있는 기회가 있었습니다.

- **깊은 진정(프로포폴을 사용한 TIVA) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 약물을 혈류에 주입하여 의식을 잃게 하는 것. 환자는 반복적이거나 고통스러운 자극을 받으면 의도적으로 반응할 수 있습니다. 일반적으로 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다. 기도 처치가 필요할 수도 있습니다.
- **MAC(의식하 진정) MAC (Conscious Sedation):** 의식 상실 없이 진정 효과를 내기 위해 혈류에 주입하는 약물입니다. 환자가 구두 명령에 의도적으로 반응할 수 있습니다. 자발적인 호흡이 유지됩니다. 심혈관 기능은 일반적으로 유지됩니다.

본인은 드문 합병증 등과 같은 마취 부작용이 때때로 발생할 수 있다는 사실을 고지받았으며 알고 있습니다. 드물지만 합병증으로 인해 입원하여 적절한 지속적인 치료를 받아야 할 수도 있음을 알고 있습니다.

부작용:

인후통
목/턱 통증
오심 및/또는 구토
정맥주사 부위 통증 또는 부상
치아 상해
부종
코피

드문 합병증:

약물 이상반응
호흡기 문제
흡인
저혈압 및/또는 심박수
비정상적인 심장 박동
마비
심장 마비/뇌졸중
사망

본인은 처방약과 일반 의약품을 포함하여 복용 중인 모든 약을 공개하는 것을 포함하여 의료진에게 본인의 완전한 병력을 제공하는 것이 중요하다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 한방 치료제, 알코올 또는 모든 종류의 불법 약물 복용 시 심각한 합병증이 발생할 수 있으며 이를 반드시 알려야 함을 알고 있습니다. 또한 과거 마취제로 인해 발생한 합병증에 대해서도 공개해야 한다는 것을 알고 있습니다.

본인은 이 양식을 직접 읽었거나 누군가가 읽어주었으며, 마취 서비스의 위험성, 대안 및 예상 결과를 이해하고, 질문하고 결정을 고려할 충분한 시간을 가졌음을 인정합니다.

본인은 이 문서에 서명함으로써 임신 중 특정 마취제를 투여할 경우 태아에게 해로울 수 있다는 조언을 받았음을 진술합니다. 임신 중 마취 및/또는 내시경 검사와 관련된 궁금증을 해소할 기회가 주어졌고, 모든 질문에 만족할 만한 답변을 받았습니다.

본인은 다음을 추가로 진술합니다. 임신 중이 아닙니다 임신 중입니다 해당 없음
I further represent that I am not pregnant I am pregnant N/A

그리고 본인은 마취 제공자가 적절하다고 판단하는 경우 마취와 함께 대장내시경/내시경 검사를 실시할 수 있도록 의료기관 및 **MPA** 에 권한을 부여합니다.

_____ 환자 또는 법정 대리인 서명 Patient or Legal Representative Signature	_____ 날짜 Date	_____ 시간 Time
_____ 마취 의료진의 서명 Anesthesia Provider's Signature	_____ 날짜 Date	_____ 시간 Time

위장 내시경 검사 사전 동의서

시술 설명

조명이 달린 기구를 사용하여 소화관을 직접 눈으로 보는 것을 위장 내시경 검사라고 합니다. 담당 의사가 귀하에게 이러한 종류의 검사를 받을 것을 권유했습니다. 다음은 이러한 시술을 받는 이유와 발생할 수 있는 위험을 이해하는 데 도움이 되는 정보입니다.

검사 시 연성 내시경(생검, 사진 촬영, 용종 제거 또는 주사 치료 포함 또는 미포함)으로 소화관 내벽을 철저히 검사합니다. 비정상적인 세포가 있는지 확인하기 위해 실험실에 조직 샘플을 보낼 수도 있습니다. 작은 혹(용종)이 발견되면 제거할 수도 있습니다.

위장 내시경 검사의 주요 위험 및 합병증

위장 내시경 검사는 일반적으로 위험도가 낮은 시술입니다. 그러나 아래의 모든 합병증이 발생할 수 있으며, 이로 인해 입원 및 추가 재정적 비용이 발생할 수 있으며 이에 대한 책임은 귀하(환자)가 부담해야 합니다. 귀하가 원하는 경우 담당 의사가 이러한 합병증의 빈도에 대해 설명할 것이며, 특히 위장 내시경 검사에 대한 귀하의 적응증에 대해 언급할 것입니다.

본 시술에 대해 궁금한 점이 있으면 담당 의사에게 문의하십시오.

- 천공:** 기구를 통과시키면 위장관 벽이 손상되어 위장관 내용물이 체강으로 누출될 수도 있습니다. 이 경우 일반적으로 누출을 막거나 해당 부위를 배액하는 수술이 필요합니다.
- 출혈:** 출혈은 일반적으로 생검, 용종 절제술 또는 확장술의 합병증입니다. 이러한 합병증의 관리는 관찰, 출혈 조절을 위한 시술 반복, 수혈, 수술 또는 방사선 시술 등으로 이루어질 수 있습니다. 시술 중 출혈이 발생하면 열에 의한 응고, 클립 삽입, 약물 주입을 포함하여 이에 국한되지 않는 출혈 조절 방법을 사용할 수 있습니다.
- 진정제/약물 반응:** 모든 약물 투여에는 위험이 수반됩니다. 이러한 위험에는 주사 부위 정맥의 가벼운 염증, 오심 및/또는 구토, 투여 약물에 대한 알레르기 반응, 발작 또는 드물게 심장 및/또는 호흡 합병증이 포함될 수 있습니다.
- 누락된 병변 또는 불완전한 시술:** 담당 의사는 모든 용종, 병변 및 암을 식별하기 위해 가능한 모든 조치를 취할 것입니다. 장의 주름이나 잔여 대변에 가려서 병변을 놓칠 가능성은 항상 있습니다. 담당 의사는 검사를 완료하기 위해 최선을 다할 것이지만, 때때로 해부학적 구조나 불편함으로 인해 검사가 불가능한 경우도 있습니다.
- 기타:** 추가 위험에는 이미 앓고 있는 다른 질병으로 인한 합병증이나 치아/치과 치료제의 손상 등이 포함될 수 있습니다. 드물지만 내시경이 비장 옆 결장의 굴곡을 통과할 때 비장 손상(비장의 찰과상 또는 열상)이 발생할 수 있으며, 이로 인해 입원, 수혈이 필요하거나 치료를 위해 수술이 필요할 수도 있습니다. 기기 고장 및 사망은 극히 드물지만 희박한 가능성은 있습니다. 자신의 모든 알레르기 특성과 의학적 문제를 담당 의사에게 알려주세요.

위장 내시경 검사의 대안: 위장 내시경 검사는 위장관을 검사하는 매우 안전하고 효과적인 수단이지만, 진단 정확도가 100%는 아닙니다. 드물지만 진단에 실패하거나 오진이 발생할 수도 있습니다. 실험실 검사, 진료, 엑스레이 및 수술과 같은 다른 진단 또는 치료 절차를 이용할 수 있는 경우도 있습니다. 진단 연구 및/또는 치료를 선택하지 않을 수도 있습니다. 담당 의사와 이러한 옵션에 대해 상담하십시오.

내시경 시술에 대한 간략한 설명

- 진정 및 진통:** 시술 전과 시술 중에 정맥 주사 약물을 투여하여 시술에 대한 내성을 개선하기에 충분한 정도의 이완과 편안한 상태를 유지하십시오.
- EGD(식도-위-십이지장 내시경):** 식도, 위, 십이지장을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
- 식도 확장:** 식도의 좁은 부위를 늘리기 위해 확장술(확장 튜브 또는 풍선 확장기 사용)을 시행할 수도 있습니다.

환자 이니셜 Patient Initials: _____

4. **소장 내시경:** 소장을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
5. **연성 시그모이드 내시경:** 항문, 직장 및 결장의 왼쪽을 검사합니다. 때때로 대장 전체를 검사할 수도 있습니다(대장 내시경 검사). 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
6. **대장 내시경:** 결장의 전체 또는 일부를 검사합니다. 고령의 환자와 광범위한 게실염이 있는 환자는 합병증에 더 취약합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수 있습니다.
7. **결장 확장:** 대장의 좁은 부위를 늘리기 위해 확장관(확장 튜브를 사용)을 시행할 수도 있습니다.
8. **회장 내시경 검사:** 환자의 회장루를 통해 소장의 아래쪽 부분(회장)을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수도 있습니다.
9. **POUCHOSCOPY:** 회장낭을 검사합니다. 생검 또는 용종 절제술(용종이라고 하는 작은 혹을 제거하는 수술)을 시행할 수도 있습니다.

동의: 본인은 본인의 편안함, 건강 및 안전을 위해 바람직하거나 필요하다고 판단되는 약물의 투여를 승인합니다. 본인은 의학 교육의 발전을 위해 사용되는 사진을 촬영하고 게시하는 데 동의합니다. 본인은 위장관 내시경 검사에 관한 정보를 이해했음을 동의합니다. 본인은 시술의 위험성과 합병증 발생 가능성에 대해 충분히 설명을 들었으며, 담당 의사에게 질문할 기회가 있었습니다. 본인은 병력, 문제, 복용 중인 약물, 음식 및 수분 섭취량과 관련하여 환자로서 제공한 정보가 정확함을 동의합니다. 본인은 또한 내시경 센터에서 퇴원할 때 책임질 수 있는 성인이 동반해야 함을 인지하고 있습니다. 본인은 이러한 조언을 무시하고 문제가 발생하여 보고하지 않을 경우 위험에 처할 수 있음을 인지하고 있습니다. 이에 따라 본인은 다음 대상을 승인하고 허가합니다.

담당 의사 이름 **Physician Name:** _____

그리고 본인을 대리하여 다음을 수행할 수 있도록 위임할 수 있는 사람:

시술) Procedure (s):

- 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 대장 내시경 검사
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 식도-위-십이지장 내시경 검사(EGD)
Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- 생검, 용종 절제술 및/또는 확장술을 포함한 연성 시그모이드 내시경 검사
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 소장 내시경 검사
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 회장 내시경 검사
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- 생검 및/또는 용종 절제술을 포함한 파우치 내시경(Pouchoscopy)
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- 기타 Other: _____

이 시술 중에 예상치 못한 상황이 발생하여 담당 의사의 판단에 따라 추가 시술, 치료 또는 수술이 필요한 경우, 본인은 심폐소생술 및 지역 병원으로의 이송을 포함하여 담당 의사가 적절하다고 판단하는 모든 조치를 취할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 본인의 사전의료지시서가 센터에 제공되면 이송 시 해당 병원으로 전송된다는 것을 인지하고 있습니다. 본인은 의학 및 수술이 정확한 과학이 아니며, 이 시술의 결과에 대해 어떠한 보장도 받지 않음을 인지하고 있습니다.

환자 또는 법정 대리인 서명: Patient or Legal Representative Signature	날짜: Date	시간: Time
증인 서명: Witness Signature	날짜: Date	시간: Time
통역사 서명: Interpreter Signature	날짜: Date	시간: Time

사전의료지시서 및 공개

사전의료지시서는 의료 결정에 대한 귀하의 희망 사항을 서면으로 작성할 수 있는 간단한 방법입니다. 이는 귀하가 말할 수 없는 경우 귀하의 건강 관리와 원하는 일 또는 원하지 않는 일에 대한 지침을 제공하는 문서입니다. 이 문서는 가족 및 의료진이 사망을 지연시키기 위한 의료 과정을 결정하는 데 도움을 줍니다. 이는 일반적으로 얼마나 적극적인 치료를 실시해야 하는지를 설명합니다.

Oregon 주에서는 보건의료결정법(ORS 127.505-127.995)을 통해 개인이 의료 결정을 지시할 수 없을 때 대신할 사람을 지명할 수 있습니다. 이 사람을 "의료 결정 대리인"이라고 부릅니다. 귀하의 대리인은 이 역할을 맡는 데 동의해야 하며 필요한 양식에 서명해야 합니다.

다음은 사전의료지시서에 포함되는 내용입니다.

- 생전유언
- 의료 위임장
- 병원 이송 전 응급처치 지시서

사전의료지시서 또는 다운로드 가능한 양식에 대한 자세한 내용은 다음을 방문하거나 전화하십시오.

<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>

<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Oregon 주 의료결정센터 1-800-422-4805

사전의료지시서를 작성하는 것은 전적으로 자발적입니다. 사전의료지시서를 원하지 않는 경우 양식을 작성할 필요가 없습니다.

Oregon Clinic의 사전의료지시서 정책

내시경검사 센터에서는 심장/호흡기 사례가 발생할 수 있는 모든 환자를 대상으로 생명을 유지할 수 있게 노력하고 이를 유지합니다. 환자는 이러한 치료 제한 진술서에 동의하지 않을 경우 치료를 위해 다른 시설로 의뢰할 수 있는 기회를 갖게 됩니다. 가능한 경우, 환자가 다른 시설로 이송될 때 사전의료지시서 사본을 가지고 가게 됩니다.

의사 고지

연방 Medicare 규정에서 요구하는 바와 같이, 당사는 의사가 Oregon Clinic의 위장 내시경 검사 센터에 재정적 이익을 가지고 있음을 고지해야 합니다.

의뢰를 받을 권리 및 인정에 대한 고지

Oregon 주 법(ORS 441.098)에 따라, 귀하가 당사 클리닉 외부 치료를 의뢰 받은 경우, 클리닉은 귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자가 추천한 시설 이외의 시설에서 검사 또는 서비스를 받을 수 있음을 귀하에게 알려야 합니다.

향후 익명 및/또는 코드화된 유전 연구 참여를 거부할 권리 고지

Oregon 주에는 개인의 유전적 프라이버시를 보호하는 법률이 있습니다. 이 법은 귀하의 건강 정보 또는 생물학적 검체를 연구에 사용하는 것을 거부할 수 있는 권리를 부여합니다. 생물학적 검체에는 혈액 샘플, 소변 샘플 또는 신체에서 채취한 기타 물질이 포함될 수 있습니다. 건강 정보 또는 생물학적 검체를 유전 연구에 사용할 수 있도록 허용할지 여부를 결정할 수 있습니다. 자세한 내용은 [개인정보 처리방침 관행 고지 | Oregon Clinic](#)에서 확인하세요.

환자의 권리 및 책임

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

'환자'는 해당되는 경우 환자, 환자의 대리인 또는 대행인을 의미합니다.

오리건 클리닉의 환자로서 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 모든 의사소통은 귀하가 이해하는 언어 및/또는 방식으로 합니다. 필요한 경우 통역이 제공됩니다. Oregon Clinic은 장애인이 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 보조 도구와 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사 및 언어 통역사.
 - 이 도시에서 통용되는 여러 언어로 작성된 정보.
 - Oregon Clinic이 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함) 또는 이들의 조합에 따라 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하실 경우:
 - Oregon Clinic의 민권 코디네이터/준법 감시인에게 우편(541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232)으로 불만 사항을 접수할 수 있습니다. (팩스) 503-935-8911, 또는 이메일(compliance@orclinic.com)로 문의하세요.
 - 연방 보건복지부(Department of Health and Human Services), 시민권실(Office for Civil Rights)에서 전자적으로 [또는 전화 1-800-368-1019\(TDD\) 800-537-7697로 보건복지부\(Department of Health and Human Services\), 시민권실\(Office for Civil Rights\)에](tel:1-800-368-1019) 민원을 제기할 수 있습니다. 불만 제기 양식은 [여기에서](#) 제공됩니다. (팩스) 202-619-3818.
 - Oregon Clinic의 외래 수술 센터에 대한 우려 사항은 오리건주 보건 당국, 의료 규정 및 품질 개선 프로그램에 다음과 같이 문의하세요. 800 NE Oregon Street, Suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540. 불만 제기 양식은 [여기에서](#) 제공됩니다.
- 모든 형태의 차별, 학대, 괴롭힘이 없는 안전하고 안심할 수 있는 환경에서 배려와 존중, 자비로운 보살핌을 제공합니다. 오리건 클리닉은 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.
- 차별이나 보복을 당하지 않고 권리를 행사하세요.
- 의료 서비스와 관련된 개인정보 보호 및 비밀보장 유지. 정보는 법률에 규정된 경우를 제외하고는 귀하의 동의가 있는 경우에만 공개할 수 있습니다. 귀하는

개인의 존재 이유에 대해 자문을 받을 권리가 있습니다. HIPAA 규정은 준수됩니다.

- 의료진 또는 지정된 직원으로부터 진단, 치료 및 예상 결과에 대한 정보를 이해할 수 있는 용어로 받습니다. 환자에게 그러한 정보를 제공하는 것이 의료적으로 바람직하지 않은 경우, 해당 정보는 환자가 지정한 사람 또는 법적으로 권한이 있는 사람에게 제공됩니다.
- 정보에 입각한 동의를 하거나 이 치료 과정을 거부하기 위해 필요한 정보를 받고 수술 또는 제안된 치료와 관련된 결정에 참여합니다.
- 진료의 합리적 연속성 및 진료 시간과 장소, 진료를 제공하는 의사를 미리 알 수 있어야 합니다.
- 다른 자격을 갖춘 서비스 제공자가 있는 경우 다른 의사와 상담하거나 서비스 제공자를 바꾸세요.
- 연구 프로젝트 참여에 동의하거나 거부를 합니다.
- 귀하의 치료 조율에 대한 일차적 책임이 있는 제공자의 이름과 직업적 상태, 귀하가 만날 수 있는 다른 의사 및 의료 종사자의 이름, 직업적 관계, 자격 증명을 알아두세요.
- 법이 허용하는 범위 내에서 자신의 의료 기록을 검토하세요. 귀하의 치료와 관련된 모든 통신내용과 기록은 비밀로 취급됩니다.
- 수술에 앞서 해당 주 보건 및 안전법에 대한 설명과 요청 시 주정부의 공식 사전의료지시서 양식을 포함한 정보를 미리 받아보세요. 그러한 정보는 요청 시 제공됩니다.
- 생전 유언장, 의료 위임장 또는 치료를 제한하는 기타 문서와 관련된 사전의료의향서가 있음을 귀하의 의료 기록에 유효하게 기록해 두십시오. 귀하는 수술 중에 사전의료지시서를 따르기를 원하는 경우 대체 시설로 의뢰될 권리가 있습니다. 자세한 내용은 [오리건 주 보건 당국에서 확인하세요](#). [사전의료지시서 자문 위원회\(ADAC\)](#): [공중 보건부 소개](#): [오리건 주](#). 양식에 액세스하려면 다음을 방문하세요. [오리건 보건 당국](#): [사전의료지시서 양식](#): [공중 보건부 소개](#): [오리건 주](#).
- 제안 및 불만 사항을 포함한 적절한 피드백을 제공합니다.
- 제공되었거나 제공되지 않은 치료 또는 간호에 대해 구두 또는 서면으로 불만을 제기합니다. 구두 또는 서면으로 고충이나 불만을 표현하는 데 도움이 필요하면 [옴부즈맨 센터 | CMS](#)에 방문하거나 1-800-MEDICARE로 [Oregon DHS](#)에 문의하세요. [오리건 주 복지부](#): [불만 및 우려 사항](#): [부서 소개](#): [오리건 주](#).
- 결제 출처에 관계없이 청구서 및 결제 정책을 검토하고 설명을 들을 수 있습니다.

- 근무 시간 외는 전화를 통해 담당 의사에게 연락하세요. 필요에 따라 응급 조치를 취할 수 있습니다.

환자 권리 양식 페이지에 있는 양식을 사용하여 의료 기록 수정, 보호대상 건강정보에 대한 제한 또는 보호대상 건강정보 공개에 대한 설명을 요청할 수 있습니다.

귀하는 **OREGON CLINIC**의 환자로서 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 현재 상태, 과거 질병, 입원, 일반의약품 및 보충제를 포함한 약물, 알레르기 및 민감성, 기타 건강과 관련된 모든 정보를 포함하여 귀하의 건강에 대한 완전하고 정확한 정보를 제공하세요.
- 치료에 적극적으로 참여하세요.
- 처방된 치료법을 따르지 않을 것으로 예상되거나 대체 요법을 고려하고 있는 경우 등 예상되는 행동 방침과 예상되는 사항을 명확하게 이해했는지 여부를 알려야 합니다. 이해가 안 되면 질문하세요.
- 담당 의사가 권장하는 치료 계획을 따르세요. 여기에는 간호사 및 관련 의료진이 조정된 치료 계획을 수행하고 담당 의사의 지시를 이행할 때, 그리고 해당 규칙 및 규정을 시행할 때 간호사 및 관련 의료진의 지침이 포함될 수 있습니다.
- 예상치 못한 귀하의 상태 변화를 담당 의사에게 보고하세요.
- 치료를 거부하거나 의사의 지시를 따르지 않을 경우 자신의 행동에 대한 책임을 져야 합니다.
- 비용청구 처리를 위해 완전하고 정확한 청구 정보를 제공하고 적시에 청구서를 납부하세요.
- 진료 예약을 지키고, 진료 시간을 지키세요. 단, 진료 예약을 지킬 수 없는 경우 가능한 한 빨리 의사에게 알립니다.
- 받는 치료에 따라 의료진의 지시에 따라 책임 있는 성인이 집까지 교통편을 제공하고 제공자의 지시나 퇴원 지침에 따라 함께 있을 수 있도록 하십시오.
- **Oregon Clinic** 시설에 있는 동안 타인을 정중하게 대하고 타인의 재산을 존중하세요. 이를 준수하지 않으면 해당 서비스가 종료될 수 있습니다.
- **개인정보처리방침**을 검토하세요.

의뢰를 받을 권리에 대한 고지

이 고지는 의료 서비스 제공자가 추가 검사 또는 의료 서비스를 위해 다른 의료 서비스 제공자나 시설로 귀하를 의뢰할 때의 귀하의 권리를 설명합니다.

오리건주 법에 따라, 귀하가 당사 클리닉 외부 치료를 의뢰 받은 경우, 오리건 클리닉은 귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자가 추천한 시설 이외의 시설에서 검사 또는 서비스를 받을 수 있음을 귀하에게 알려야 합니다.

오리건주 법에 따르면(ORS 441.098):

- 진단 검사 또는 의료 치료 또는 서비스에 대한 의뢰는 환자의 임상적 필요와 개인적 건강 선택에 근거해야 합니다.
- 환자에게 진단 검사 또는 의료 치료 또는 서비스를 의뢰하는 의료 서비스 제공자(또는 해당 의료 서비스 제공자의 직계 가족)가 금전적 이해관계가 있는 시설에 환자를 의뢰하는 경우, 의뢰 시 해당 이해관계를 환자에게 구두 및 서면으로 알려야 합니다.
- 의료인 또는 의료인이 지정한 대리인은 의뢰 시 환자에게 다음 사항을 알려야 합니다.
 - (a) 환자에게 검사, 치료 또는 서비스를 받을 장소에 대한 선택권이 있음.
 - (b) 환자가 의사가 의뢰한 시설과 다른 시설을 선택한 경우, 환자는 보험사에 연락하여 환자가 선택한 시설의 검사, 치료 또는 서비스에 대한 보장 범위 또는 보장 제한을 확인해야 할 책임이 있습니다.
- 의료인은 환자가 다른 시설에서 검사, 치료 또는 서비스를 받기로 선택했다는 이유만으로 의뢰를 거부, 제한 또는 철회할 수 없습니다.

이 환자 권리 및 책임 문서의 녹음본을 들으려면 503-935-8334로 연락하세요.

(개정된 날짜: 2025. 2. 4)

절차 안내: 대장내시경 비용 지불

스크리닝

45세 이상 무증상(GI 증상 없음)은 염증성 장 질환, 대장 용종 및/또는 암에 대한 개인적인 병력이 없습니다.

이 서비스는 환자에게 본인 부담 비용 없이 건강보험개혁법(ACA)의 적용을 받을 수 있습니다.

용종을 제거하면, Medicare 분류가 진단 목적 검사로 변경될 수 있습니다.

보험 회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: Z12.11(대장내시경 검사)

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

감시

무증상(GI 증상 없음), 염증성 장 질환, 대장 용종 및/또는 암에 대한 개인 또는 가족 병력이 있습니다.

이 서비스는 예방으로 간주되지 않을 수 있으며 귀하의 공제 금액 및 공동 보험에 적용될 수 있습니다.

보험회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: Z86.010(용종의 개인 병력) 또는 Z80.0(용종의 가족 병력)

염증성 장질환이 있는 경우 당사 사무실로 전화하여 진단 코드를 구하십시오.

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

진단

현재 위장관(GI) 증상이 있습니다.

이 서비스는 예방으로 간주되지 않으며 귀하의 공제 금액 및 공동 보험에 적용됩니다.

보험회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: 이 코드는 다양하므로 진단 코드는 당사 사무소에 문의하십시오.

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

- 전문가 비용 및 시설 이용료를 청구합니다. 마취(진정) 및 병리학 비용은 독립 기관에서 청구합니다. 여기에서 별도의 유인물을 참조하십시오. www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- 스크리닝 대장내시경 검사로 간주되도록 진단 코드를 변경하거나 추가, 삭제할 수 없습니다. 귀하의 보험 회사에서 가능하다고 말할 수 있지만 사실이 아닙니다. 귀하의 의료 기록은 정부, 보험 및 규정 준수 지침에 따라 변경할 수 없는 구속력 있는 법적 문서입니다. 진단 코드를 변경, 추가 또는 삭제하는 것은 보험 사기로 간주되며 법에 의해 처벌됩니다.
- 위의 모든 범주에 대해 공제 금액 및 본인 부담 최대 한도에 대한 금액을 지불할 준비가 되어 있어야 합니다. 보험회사에서 대장내시경 검사를 "스크리닝 대장내시경 검사"로 간주하지 않을 수 있다는 사실을 아는 것이 중요합니다.
- 각 상황이 다르기 때문에 모든 환자는 시술 전에 보험회사에 자신의 보장 범위에 대해 확인할 것을 강력히 권장합니다. 그렇게 하면 상당한 비용을 피하는 데 도움이 될 수 있습니다.



절차 안내: 대장내시경 검사 비용 지불

스크리닝

45세 이상 무증상(GI 증상 없음)은 염증성 장 질환, 대장 용종 및/또는 암에 대한 개인적인 병력이 없습니다.

이 서비스는 환자에게 본인 부담 비용 없이 건강보험개혁법(ACA)의 적용을 받을 수 있습니다.

용종을 제거하면, Medicare 분류가 진단 목적 검사로 변경될 수 있습니다.

보험회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: Z12.11
(스크리닝 대장내시경 검사)

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

감시

무증상(GI 증상 없음), 염증성 장 질환, 대장 용종 및/또는 암에 대한 개인 또는 가족 병력이 있습니다.

이 서비스는 예방으로 간주되지 **않을** 수 있으며 귀하의 공제 금액 및 공동 보험에 적용될 수 있습니다.

보험회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: Z86.010(용종의 개인 병력) 또는 Z80.0(용종의 가족 병력)

염증성 장질환이 있는 경우 당사 사무실로 전화하여 진단 코드를 구하십시오.

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

진단

현재 위장관(GI) 증상이 있습니다.

이 서비스는 예방으로 간주되지 **않으며** 귀하의 공제 금액 및 공동 보험에 적용됩니다.

보험회사에 제공하는 CPT 코드: 45378, 45380 및 45385

진단 코드: 이 코드는 다양하므로 진단 코드는 당사 사무소에 문의하십시오.

마취(진정) CPT 코드: 00811 및 00812

병리학 CPT 코드: 88305 및 88312

- 전문가 비용 및 시설 이용료를 청구합니다. 마취(진정) 및 병리학 비용은 독립 기관에서 청구합니다. 여기에서 별도의 유인물을 참조하십시오. www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- 스크리닝 대장내시경 검사로 간주되도록 진단 코드를 변경하거나 추가, 삭제할 수 없습니다. 귀하의 보험 회사에서 가능하다고 말할 수 있지만 사실이 아닙니다. 귀하의 의료 기록은 정부, 보험 및 규정 준수 지침에 따라 변경할 수 없는 구속력 있는 법적 문서입니다. 진단 코드를 변경, 추가 또는 삭제하는 것은 보험 사기로 간주되며 법에 의해 처벌됩니다.
- 위의 모든 범주에 대해 공제 금액 및 본인 부담 최대 한도에 대한 금액을 지불할 준비가 되어 있어야 합니다. 보험회사에서 대장내시경 검사를 “스크리닝 대장내시경 검사”로 간주하지 않을 수 있다는 사실을 아는 것이 중요합니다.
- 각 상황이 다르기 때문에 모든 환자는 시술 전에 보험회사에 자신의 보장 범위에 대해 확인할 것을 강력히 권장합니다. 그렇게 하면 상당한 비용을 피하는 데 도움이 될 수 있습니다.



청구 정보

의사, 시설(Oregon Clinic 내시경 센터 또는 병원), 마취 제공자, 병리학자 및/또는 (조직학) 실험실과 같이 시술과 관련된 별도의 기관으로부터 진술서를 받게 됩니다. Oregon Clinic 비즈니스 사무실(503-963-2900)은 진료비와 관련된 정보만 귀하에게 제공할 수 있습니다. 도움이 필요하거나 청구서와 관련하여 궁금한 점이 있는 경우, 아래 표를 사용하여 귀하의 질문에 가장 잘 답할 수 있는 사람을 확인하십시오.

귀하의 위장병 진료를 할 수 있게 해주셔서 감사합니다.

제공된 서비스	위장병학 - 동부 위치: 게이트웨이	위장병학 - 서부 위치: Peterkort 빌딩	위장병학 - 남부 위치: Tualatin, Oregon 시티 및 Newberg
전문 비용: GI 의사 전문 서비스를 보장합니다. 진료실 방문 및 시술 내시경 검사 센터 요금: 시설 사용, 장비, 간호 및 의료 용품을 보장합니다. 조직학 진료비: 시술 후 검체를 처리하는 데 드는 비용을 보장합니다.	Oregon Clinic 비즈니스 사무실 전화 (503) 963-2900 시간: 월~금, 오전 8시~오후 4시 30분		
병리학 비용: 검체 슬라이드를 읽고 판독하는 병리학자의 비용을 보장합니다.	Oregon Clinic, GI 병리학 연구소 전화: (503) 963-2900 시간: 월~금, 오전 8시~오후 4시 30분 Providence 연구소 서비스(청구 정보) 전화: (866) 747-2455 시간: 월~금 오전 8:00~오후 5:00, 토요일 오전 9시~오후 2시 연락처 리소스 청구 지원 Providence		
마취 비용: 진정제를 제공하는 MD 또는 CRNA의 전문 비용을 보장합니다.	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health - 청구 회사) 전화: (800) 242-1131 내선번호 5319 시간: 월~금, 오전 8시~오후 5시(EST)	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health - 청구 회사) 전화: (800) 242-1131 내선번호 5319 시간: 월~금, 오전 8시~오후 5시(EST)	Anesthesia Associates NW (Anesthesia Business Consultants-청구 회사) 전화: (877) 222-4217 또는 (925) 949-2302 시간: 월~금, 오전 7:00~오후 3:00(PST)
병원에서 시술을 받은 경우, 모든 비용(전문가, 시설, 마취 및 병리학 비용)에 대해 병원에 문의하십시오.			
모든 Providence 병원	Providence 보건 및 서비스 사업부 전화: (503) 215-4300 시간: 월~금, 오전 8시~오후 8시, 토요일 오전 9시~오후 2시		
모든 Legacy 병원	Legacy Health System 사업부 전화번호: (503) 413-4048 시간: 월~금, 오전 8시~오후 6시 45분		