

<(일반 국민용) 2027년도 의료기술 재평가 수요조사 서식>

1. 귀하께서는 병원 진료를 받으면서 특정 검사나 시술·수술 등에 대해 궁금하거나 의문을 가졌던 적이 있습니까?

(이와 관련된 질환과 검사·시술·수술명 등 궁금했던 사항을 기재해 주시기 바랍니다. 정확한 이름을 모르더라도 병원에서 들은 명칭이나 상황을 적어주셔도 됩니다.)

2. 위에서 기재하신 검사나 시술·수술 등에 대해, 어떤 점이 궁금하거나 우려되었나요? (복수 선택 가능)

- ☐ 검사나 시술·수술의 부작용 등 **안전성**에 대한 정보가 충분하지 않았다.
- ☐ 검사나 시술·수술의 **효과**(치료 결과, 재발 가능성 등)에 대한 정보가 부족했다.
- ☐ 검사나 시술·수술이 너무 많이 또는 적게 시행되고 있는데, 그 **이유나 기준**이 궁금했다.
- ☐ 검사나 시술·수술에 소요되는 **비용 부담**이 크다고 느껴졌다.
- ☐ 기타(직접 기재) : _____

(붙임) 개인정보제공 · 활용 동의서

제안자 기본 정보			
* 성 명		* 소 속 (일반인의 경우 공란 가능)	
* 연락처		* E-mail	

* 필수 항목

개인정보의 수집 · 이용 목적	의료기술재평가 주제 수요조사
개인정보의 항목	필수 항목: 성명, 소속, 연락처, 이메일
보유 및 이용기간	수집 연도 기준으로 3년간 보유
수집 동의 거부 시 불이익	정보주체는 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 대한 동의를 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 차후 주제 채택이 되었을 시 신상정보 부재로 한국보건의료연구원 에서 진행하는 의료기술재평가사업과 관련하여 연락을 받을 수 없음을 밝힘

정보주체는 「개인정보 보호법」 제15조 및 같은 법 제22조, 한국보건의료연구원의 「개인정보보호 처리지침」 제11조에 의거 상기 개인정보의 수집·이용 목적을 처리함에 있어 위와 같은 개인정보를 한국보건의료연구원에 제공하는 것에 동의합니다.

※ 개인정보의 수집·이용에 동의하십니까?	☐ 예	☐ 아니오
------------------------	----------------------------	------------------------------

2026년 월 일

제안자

(서명 또는 인)

한국보건의료연구원장 귀하