

Persetujuan terhadap penggunaan hasil pemeriksaan kesehatan untuk manajemen tindak lanjut

* Harap cek pemeriksaan yang Anda setuju untuk Anda berikan informasinya.

(☐ Pemeriksaan kesehatan umum (termasuk pemeriksaan titik balik perawatan kesehatan),

☐ Deteksi Kanker, ☐ Pemeriksaan kesehatan untuk bayi)

Formulir ini digunakan untuk mendapatkan persetujuan Anda yang diinformasikan tentang:

- **Penyediaan hasil pemeriksaan** oleh Jasa Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS) kepada pusat kesehatan masyarakat serta riwayat layanan manajemen kesehatan dari pusat kesehatan masyarakat kepada NHIS sehingga **layanan manajemen kesehatan yang tepat*** dapat diberikan. (*untuk subjek yang menderita penyakit atau diduga menderita hipertensi, diabetes, dislipidemia, penurunan fungsi kognitif, dll., pada pemeriksaan kesehatan umum (termasuk pemeriksaan titik balik perawatan kesehatan) dan pemeriksaan kesehatan seumur hidup, dan untuk orang tua yang memerlukan evaluasi komprehensif dan manajemen yang konsisten setelah menerima hasil pemeriksaan kesehatan bayi atau anak mereka);
- **Penyediaan hasil pemeriksaan** dari NHIS kepada Pusat Kanker Nasional (NCC) dan/atau pusat kesehatan masyarakat sehingga pascamanajemen dapat diberikan kepada subjek dengan keabnormalan atau diduga menderita, atau telah didiagnosis menderita, kanker;
- * **Penyediaan hasil pemeriksaan dari NHIS kepada Pusat Pencegahan dan Kendali Penyakit Korea (KCDC) dan/atau pusat kesehatan masyarakat sehingga pascamanajemen dapat diberikan kepada subjek yang diduga atau dipastikan menderita tuberkulosis paru (TB) berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan umum.**
- * **Layanan manajemen kesehatan: Konsultasi kesehatan, edukasi, berhenti merokok, menjauhkan diri dari alkohol, olahraga, nutrisi, pemeriksaan demensia, menyokong biaya pemeriksaan mendalam untuk gangguan perkembangan bayi, dll.**
- ※ Informasi pribadi Anda akan digunakan sesuai dengan kerahasiaan semestinya berdasarkan Undang-undang Perlindungan Informasi Pribadi dan Kerangka Undang-undang Pemeriksaan Kesehatan dan tidak akan diberikan ke institusi lain di luar penggunaan aslinya.
- ※ Jika Anda ingin membatalkan persetujuan Anda, ini dapat dilakukan melalui prosedur verifikasi sederhana dengan menghubungi Layanan Pelanggan NHIS (1577-1000) atau cabang distriknya.

1. Persetujuan penyediaan informasi pribadi

- Saya sudah cukup mengetahui persyaratan di bawah ini di mana informasi pribadi saya akan diberikan kepada pusat kesehatan masyarakat dan NHIS, dan setuju untuk menyediakan detail terkait seperti yang telah diberitahukan kepada saya.
 - ① Lembaga yang memberikan informasi: pusat kesehatan masyarakat, NCC, KCDC, dan NHIS
 - ② Tujuan untuk memberikan informasi pribadi: Untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada mereka yang membutuhkan manajemen diri dan langkah-langkah pencegahan dan mereka yang memiliki penyakit (dan diduga memiliki penyakit), dan untuk memberikan pascamanajemen berdasarkan hasil pemeriksaan kanker, dan untuk memberikan pascamanajemen terkait TB paru.
 - ③ Informasi pribadi setuju untuk memberikan
 - NHIS → Pusat kesehatan masyarakat
 - Informasi pengenalan pribadi, misalnya: nama, nomor pendaftaran penduduk (KTP), alamat, nomor telepon, alamat email, dll., hasil pemeriksaan kesehatan, dan data kuesioner
 - Pusat kesehatan masyarakat → NHIS
 - Nama, nomor KTP, detail manajemen layanan kesehatan yang disediakan oleh pusat kesehatan masyarakat
 - NHIS → NCC dan/atau pusat kesehatan masyarakat
 - Informasi pengenalan pribadi, seperti nama, nomor KTP, alamat, nomor telepon, alamat email, dll., hasil pemeriksaan kanker dan data kuesioner
 - NHIS → KCDC dan/atau pusat kesehatan masyarakat
 - Informasi pengenalan pribadi, seperti nama, nomor KTP, nomor telepon, alamat email, dan hasil radiografi dada, serta data kuesioner terkait TB paru
 - ④ Jangka waktu menyimpan dan menggunakan informasi pribadi: 2 tahun
 - ⑤ Anda berhak menolak untuk setuju untuk memberikan informasi pribadi kepada pihak ketiga, dan dalam hal ini Anda dapat dikecualikan sebagai objek yang ditawarkan dengan layanan manajemen kesehatan pusat kesehatan publik.

Saya menyetujui syaratnya. ☐

Tidak setuju ☐

2. Informasi sensitif

- Saya diberi tahu oleh institusi pemeriksa kesehatan perihal pemrosesan informasi pribadi, dan dengan ini, mereka sudah memberikan penjelasan yang cukup bahwa informasi pemeriksaan kesehatan saya dan riwayat layanan manajemen kesehatan pusat kesehatan publik adalah informasi yang sensitif. Dengan demikian, saya memahami dan menyetujui syarat ini sepenuhnya.

Saya menyetujui syaratnya. ☐

Tidak setuju ☐

3. Persetujuan atas proses informasi identifikasi

- Saya diberi tahu oleh institusi pemeriksa kesehatan perihal pemrosesan informasi pribadi, dan dengan ini, mereka sudah memberikan penjelasan yang cukup bahwa nomor daftar penduduk adalah nomor identifikasi. Dengan demikian, saya memahami dan menyetujui syarat ini sepenuhnya.

Saya menyetujui syaratnya. ☐ Tidak setuju ☐

Saya menyetujui keseluruhan isinya. ☐

	Tahun	Bulan	Hari
Yang menyetujui	Nama subjek (tanda tangan)	Nomor daftar penduduk	
ui	(Apabila bayi) Nama perwakilan hukum (tanda tangan)	Hubungan dengan subjek	
Nama institusi pemeriksa kesehatan (Nomor)			