

## 샘플 - HIV 검사 제안

귀하의 담당 의사는 감염 위험에 관계없이 13세에서 64세 사이의 모든 개인에게 HIV 검사 제안을 의무적으로 하도록 되어 있습니다. 다른 의학적 검사와 마찬가지로 검사를 할 경우 귀하의 건강에 대한 중요한 정보를 얻고 건강 유지를 위한 현명한 판단을 해야 할 때 필요한 정보를 제공받을 수 있도록 하기 위해 검사를 수락하실 것을 적극 권장합니다.

예, 본인은 HIV 검사 제안을 수락합니다.

아니요, 오늘은 HIV 검사를 원하지 않습니다.

환자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_  
환자 또는 동의할 권한을 가진 사람