

Brain Mapping (qEEG) Consent

뇌파 매핑(qEEG) 동의서

Boston Neuromind LLC · 866 Washington St, Canton, MA 02021 · bostonneuromind.com

1. 참여자 정보 Participant Information

성명 Full name		생년월일 Date of birth	
성별 정체성 Gender identity 남성 Male ☐ 여성 Female ☐ 논바이너리 Non-binary ☐ 직접 기재 _____ 응답하지 않음 ☐			
출생 시 지정 성별 (규준 비교용) Sex assigned at birth (normative comparison) 남 M ☐ 여 F ☐		주손잡이 (전극 배치 참고) Handedness 왼손 L ☐ 오른손 R ☐ 양손 B ☐	
전화 Phone		이메일 Email	
주소 Address			
비상연락처 성명 Emergency contact		관계 Relationship	전화 Phone
미성년자·대리인의 경우 — 성명 If minor / representative — name		권한 (부모·후견인·POA) Authority	

2. 건강 관련 이력 Relevant Health History

발작·경련 Seizures 없음 ☐ 있음 ☐	두부 외상·뇌진탕 Head injury 없음 ☐ 있음 ☐	편두통 Migraine 없음 ☐ 있음 ☐
현재 복용 약물 (용량 포함) Current medications (incl. dosage)		
과거 복용 약물 · 과거 상담·뉴로피드백 경험 Past medications · prior counseling or neurofeedback		
주치의 · 담당 전문가 Primary physician / treating professional		

3. 측정의 성격 Nature of the Recording

본 뇌파 측정은 교육 목적의 인지 훈련 서비스의 일부로, 훈련 초점을 정하기 위해 시행합니다. 제공자는 뉴로피드백 국제자격 (BCN) 보유자이며 매사추세츠주 면허 의사·심리학자가 아닙니다. 본 측정은 의료 행위나 질환의 진단·치료가 아닙니다.

This recording is part of an educational cognitive-training service and is used to set a training focus. The provider holds Board Certification in Neurofeedback (BCN) and is not a licensed physician or psychologist in Massachusetts. This is not medical care or the diagnosis or treatment of any condition.

이해했습니다. I understand. 이니셜 Initials: _____

4. 측정 전 준비 Before Your Appointment

측정 당일에는 머리를 감고 오시되 헤어 제품(젤·스프레이·오일)은 바르지 마십시오. 전극에 전도성 젤을 사용하므로 측정 후 머리를 감으실 수 있게 준비하시면 좋습니다. 평소 복용하는 약은 임의로 중단하지 마시고 그대로 복용하신 뒤 복용 내역을 알려 주십시오. 카페인과 수면 부족은 기록에 영향을 주므로 평소와 같은 상태로 오시는 것이 좋습니다.

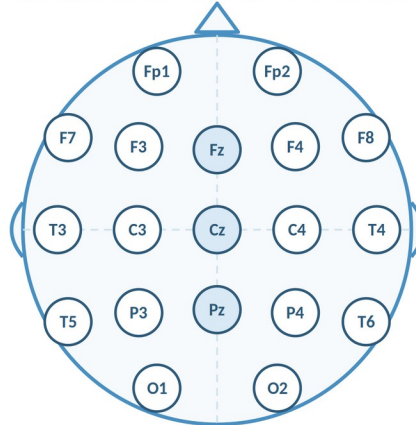
Please come with clean hair and no hair products (gel, spray, oil). Conductive paste is used with the electrodes, so plan to wash your hair afterward. Do not stop or change your usual medications — take them as prescribed and tell us what you take. Caffeine and poor sleep affect the recording, so it is best to arrive in your usual state.

5. 측정 절차 The Procedure

작은 전극이 부착된 캡을 머리에 씌우고 전극에 전도성 젤을 채워 두피의 전기적 활동을 기록합니다. 눈을 감은 상태와 뜬 상태에서 각각 조용히 안정된 자세로 기록하며, 준비를 포함해 약 1.5~2 시간이 걸립니다. 이 장비는 뇌의 활동을 '듣기만' 하는 수동적 기록이며 어떤 전류도 뇌나 몸에 흐르지 않습니다. 원하시면 언제든지 전극을 제거하고 중단할 수 있습니다.

A cap with small electrodes is placed on your head and filled with conductive paste to record electrical activity at the scalp. Recording is done sitting quietly with eyes closed and eyes open, and takes about 1.5–2 hours including preparation. The equipment only “listens” to brain activity — no electrical current enters your brain or body. You may remove the sensors and stop at any time.

International 10–20 System • 10–20 10–20 10–20



19 recording sites • 19 19 19 19 19 (Fz • Cz • Pz = midline)

측정 위치 예시 — 실제 배치는 개인차에 따라 조정됩니다. Example placement — adjusted per individual.

6. 분석과 리포트 — 진단 아님 Analysis & Report — Not a Diagnosis

기록된 자료는 연령·성별 기준 데이터베이스와 비교해 뇌파 패턴을 분석하며, 분석과 리포트 작성에는 보통 10~14 일이 걸립니다. 리포트는 관찰된 패턴과 그에 따른 훈련 초점을 설명하는 교육 자료이며, 의학적·심리학적인 진단이 아닙니다. 질환의 진단이나 배제는 면허 의사·전문가의 영역입니다.

The recording is compared with an age- and sex-based normative database to analyze brainwave patterns; analysis and reporting usually take 10–14 days. The report is educational material describing observed patterns and the resulting training focus. It is not a medical or psychological diagnosis. Diagnosing or ruling out any condition is the role of a licensed physician or qualified professional.

이해했습니다. I understand. 이니셜 Initials: _____

7. 재측정 가능성 Repeat Recording

움직임, 근육 긴장, 졸음, 잦은 눈 깜빡임 등으로 잡음(아티팩트)이 많으면 자료의 일부를 쓸 수 없어 재측정이 필요할 수 있습니다. 재측정 비용은 사전에 안내합니다.

Movement, muscle tension, drowsiness, or frequent blinking can create artifact that makes part of the recording unusable, and a repeat session may be needed. Any cost for a repeat is explained in advance.

8. 우연한 소견 Incidental Observations

분석 중 통상적이지 않은 패턴이 관찰되면 알려 드리고 면허 의사(신경과 등) 상담을 권유합니다. 이는 진단이 아니며, qEEG는 뇌전증 등 질환을 진단하거나 배제하기 위한 임상 검사(임상 EEG)가 아닙니다.

If an unusual pattern is observed we will tell you and recommend consultation with a licensed physician (e.g., a neurologist). This is not a diagnosis; a qEEG is not a clinical EEG intended to diagnose or rule out conditions such as epilepsy.

이해했습니다. I understand. 이니셜 Initials: _____

9. 배경 정보 제공 Background Information

정확한 분석을 위해 복용 약물, 발작·경련 이력, 두부 외상·뇌진탕, 신경과·정신건강 관련 이력을 알려 주셔야 합니다. 정보가 제공되지 않으면 분석이 부정확할 수 있습니다.

Accurate analysis requires that you disclose medications, any seizure history, head injury or concussion, and relevant neurological or mental-health history. Without this information the analysis may be inaccurate.

10. 연구 단계 고지 · 결과 무보장 Investigational Status · No Guarantee

사용하는 장비는 미국 FDA에 등록된 기기이지만, 뉴로피드백은 이완(relaxation) 목적 외에는 FDA의 승인을 받은 것이 아니며 여전히 연구 단계로 간주됩니다. 특정 목적에 대해 효과가 입증되었다고 볼 만한 대규모 연구는 부족합니다. 따라서 측정과 이후 훈련이 어떤 상태를 완화하거나 해결하지 못할 수 있습니다. 어떤 결과도 보장하지 않습니다.

The equipment used is registered with the U.S. FDA, but neurofeedback is not FDA-approved for purposes other than relaxation and is still considered investigational. Large-scale studies establishing effectiveness for intended purposes are lacking. Accordingly, the recording and any training that follows may do nothing to relieve or resolve a given condition. No outcome is guaranteed.

이해했습니다. I understand. 이니셜 Initials: _____

11. 다른 선택지 Alternatives

뇌파 측정과 훈련 외에도 면허 전문가의 평가·상담·약물치료 등 다른 선택지가 있으며, 아무것도 하지 않는 것도 선택지입니다.

Alternatives include evaluation, counseling, or medical treatment by licensed professionals — and choosing to do nothing.

12. 기록 · 개인정보 Records & Privacy

원시 EEG 자료와 리포트는 접근이 통제된 환경에 보관하며, 매사추세츠 201 CMR 17.00에 부합하는 서면 정보보안 프로그램(WISP)에 따라 보호합니다. 보관 기간은 _____년이며, 요청하시면 리포트 사본을 드립니다. 개인정보는 판매하지 않습니다.

Raw EEG data and reports are kept in an access-controlled environment and protected under a Written Information Security Program consistent with Massachusetts 201 CMR 17.00. Retention period: _____ years. You may request a copy of your report. We do not sell personal information.

13. 이메일 · 문자 안내 Email & Text

이메일과 문자는 일정 조율 용도로만 사용해 주십시오. 이메일은 완전히 안전하지 않으므로 제목이나 본문에 민감한 개인정보를 적지 마시기 바랍니다.

Please use email and text only to arrange or change appointments. Email is not fully secure — do not include sensitive personal details in the subject line or body.

14. 비밀유지와 예외 Confidentiality & Its Limits

기록은 본인의 서면 승인 없이 제 3자에게 제공하지 않습니다. 다만 법률상 아동·노인·장애인에 대한 학대가 의심되는 경우, 본인 또는 타인에게 급박한 위해 우려가 있는 경우, 법원의 소환·명령이 있는 경우에는 예외입니다.

Records are not released to third parties without your written authorization, except where the law requires it — suspected abuse of a child, elder, or disabled person; an imminent risk of harm to you or another; or a court subpoena or order.

15. 요금 · 취소 Fees & Cancellation

뇌파 매핑 요금 \$ _____ · 리포트 리뷰 세션: 포함 ☐ / 별도 \$ _____ ☐ · 예약 취소는 최소 24시간 전 통보, 이후 취소·미방문 시 \$ _____ 부과 · 선불분은 결제 후 _____개월 내 사용, 미사용분은 사용분 정가 정산 후 환불 · 건강보험 청구 없음.

Brain mapping fee \$ _____ · Report review session: included ☐ / separate \$ _____ ☐ · Cancel at least 24 hours in advance; later cancellations or missed appointments are charged \$ _____ · Prepaid amounts expire _____ months after payment; unused portions are refunded after used sessions are settled at standard rates · Not billed to health insurance.

16. 법적 절차 참여 Legal Proceedings

소송·분쟁과 관련해 자료 제출, 진술, 출석이 요구되는 경우 준비·참여에 소요된 시간에 대해 시간당 \$ _____의 비용이 청구될 수 있습니다.

If records, statements, or appearance are required in connection with legal proceedings, time spent preparing and participating may be billed at \$ _____ per hour.

17. 자발적 참여 · 미성년자 · 대리인 Voluntary Participation · Minors · Representative

참여는 자발적이며 언제든지 중단할 수 있습니다. 18세 미만은 부모 또는 법정후견인의 서명이 필요하고, 미성년자 본인의 참여 의사도 확인하며 지속적으로 거부하는 경우 진행하지 않습니다. 법원 선임 후견인 또는 위임장(POA)상 대리인이 대신 서명할 수 있으며, 이 경우에도 참여자 본인의 의사를 존중합니다.

Participation is voluntary and may stop at any time. Clients under 18 require a parent or legal guardian signature; the minor's own assent is also sought and services do not proceed over a sustained objection. A court-appointed guardian or agent under a power of attorney may sign on the participant's behalf; the participant's own wishes are still respected.

동의합니다. I agree. 이니셜 Initials: _____

18. 서명 Signatures

본 문서를 읽고(또는 낭독 안내를 받고) 이해했으며, 질문할 기회를 가졌고 답을 받았습니다. 위 내용에 동의합니다.

I have read (or had read to me) and understood this form, had the opportunity to ask questions, and received answers. I consent as described.

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

참여자 Participant

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

부모·법정후견인 또는 대리인 (해당 시) Parent/guardian or representative (if applicable)

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

제공자·임회자 Provider / witness

19. 자료 활용 동의 (선택 · 별도 서명) Use of Data (Optional · Separate Signature)

개인을 식별할 수 있는 정보를 제거한(익명화된) 자료를 서비스 개선과 연구·교육 목적으로 사용하는 데 동의하십니까? 동의하지 않으셔도 서비스 이용에 어떤 불이익도 없습니다.

Do you permit use of your de-identified data (personal identifiers removed) to improve services and for research and education?

Declining has no effect on your services.

☐ 연구 목적 사용에 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

☐ I agree to research use ☐ I do not agree

☐ 교육 목적 사용에 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

☐ I agree to educational use ☐ I do not agree

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

참여자 또는 대리인 Participant or representative

참고용 표준안 — 실사용 전 매사추세츠주 변호사 검토 권장. Template — attorney review recommended before use.