

중간엽 줄기세포 시술 동의서

이름 :

주민번호 :

1. 배양하지 않은 탯줄유래 중간엽 줄기세포시술은 누구의 회유나 강요에 의하여 행하지 아니하고 자신의 주관적인 의지로 시술하기 때문에 시술 결정에 대해서는 이의를 제기하지 않겠습니다.

2. 기존 질환이나 과거 병력, 가족력 등을 기재하지 아니하고 숨기거나 이로 인한 문제점이 생겼을 경우 병원에서 책임지지 않습니다.

3. 시술의 결과가 본인의 기대에 못 미칠 수 있음을 이해하며 담당의로부터 결과나 완치에 어떠한 보장이나 보증을 받은 바 없음을 확인합니다.

4. 이 시술이 최선의 결과를 목표로 하지만 간혹 시술이 더 필요한 경우가 생길 수 있다는 사실을 이해합니다. 안전성과 유효성에 대해서 설명 들었습니다.

5. 진료기록 및 임상사진 등의 저작권은 병원 측에 있으며 관련 자료는 의학 기록이나 연구용으로 사용될 수 있음을 동의합니다.

6. 본 시술이 본인의 신체를 젊게 하고 건강하게 하여 다운에이징 등의 미용, 항노화 효과가 있다는 의사의 설명을 이해하고 수긍하므로 시술에 동의합니다.

본인은 이 동의서에 기재된 내용들을 충분히 인지하며, 제반사항들에 대해 설명을 받았음을 인정합니다. 본 동의서는 본인이 직접 작성하였으며, 이 동의서에 기재된 모든 내용들이 진실하고 완전함을 보증합니다.

상담시간: 시 분 ~ 시 분

20 16 년 5 월 25 일

이름 :