

중간엽 줄기세포 시술 동의서

이름 :

주민번호 :

제 1 조

본 시술은 누구의 회유나 강요에 의하여 행하지 아니하고 자신의 주관적인 의지로 시술하기 때문에 시술 결정에 대해서는 이의를 제기하지 않겠습니다.

제 2 조

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

제 3 조

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

제 4 조

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

제 5 조

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

제 6 조

신 의료기술 인정 후 치료비를 부담하므로 연구비 지원으로 대신한다. STEM-B 를 병행시술 및 유전자혈액검사 시행을 설명 들었습니다.

상담시간: 시 분 ~ 시 분

2020 년 4 월 / 일

이름 : 장 영 준 (인)