

치 료 동 의 서

〈재생의료를 제공받는 자 용〉
제 1 판 (2020년 02년 28일 작성)

의료사단법인 산세르회 SC 클리닉 후쿠오카
이사장 키츠나이 아이

저는 「자가지방유래 중간엽 줄기세포를 이용한 퇴행성 무릎 관절염 치료 제 _____ 판 설명문서」를 통해 하기의 설명사항을 충분히 이해하고 치료를 희망합니다. 또한 이 동의는 언제든지 철회할 수 있다는 점을 확인 하였습니다.

- 치료의 내용에 대해
- 기존의 퇴행성 무릎 관절염에 대한 치료법과 자가지방유래 중간엽 간세포를 사용한 치료에 대해
- 치료의 순서에 대해
- 치료에 대한 효과 (예상되는 임상상의 이익)에 대해
- 부작용 및 불이익에 대해
- 비용에 대해
- 치료의 동의에 대해
- 개인정보의 보호에 대해
- 보상에 대해
- 지적재산에 대해
- 이익상반 대해
- 면책사항에 대해
- 확인사항에 대해
- 치료종료 후 자가지방유래 간엽계 줄기세포의 처분 및 보관에 대해
- 본 치료의 심의를 주관하는 특정인정 재생의료 위원회에 대해
- 본 치료에 관한 불만 및 문의사항이 있을 경우

의료사단법인 산세르회 SC 클리닉 후쿠오카 사무
주소 : 후쿠오카시 히가시구 마츠시마 6-14-12
전화번호 : 092-627-2888
접수시간 : 09:00 ~ 18:00 (화요일 ~ 토요일 : 공휴일 제외)

이상

환자 _____ 동意的한 날짜 _____ 년 _____ 월 _____ 일

성 명 _____

주 소 _____

연락처 _____

상기의 내용에 대해 동의하신 것을 확인합니다.

동의 확인 날짜 _____ 년 _____ 월 _____ 일

의료사단법인 산세르회 SC 클리닉 후쿠오카 동意的서 확인 의사 _____