同意书

Avenue　Cell　Clinic

辻　晋作 院长

关于接受再生医疗类服务提供,我确认院方已经按照【再生医疗等提供内容说明】进 行了详细说明,我已理解并确认。

□关于再生医疗类诊疗内容
□关于接受再生医疗类诊疗后产生的效果与风险
□关于其他治疗方法
□关于同意接受再生医疗类诊疗服务
□可拒绝接受再生医疗类诊疗服务
□患者拒绝或反悔同意接受再生医疗类服务,不产生负面影响
□同意意见的反悔
□对于健康损害的补偿
□关于个人信息保护
□ 关于费用
□ 其他注意事项
□主治医师联系方式

我已进行了上述再生医疗类服务相关内容说明;
说明年月日　　年　　月　　日
说明人

我已经十分理解上述说明内容并同意接受再生医疗类服务的提供。
我并且确认了此同意项　　为止可随时撤回。

同意年月日　　年　　月　　日
患者签名
同意陪同者签名
（与患者关系　　）

同意撤销书

Avenue　Cell　Clinic

辻 晋作　院长

我曾于　　年　　月　　日签写了关于接受再生医疗的同意书，现希望将其予以撤销。

另，关于在撤销之前所发生的治疗费，以及其他费用，我同意予以支付，并无其他异议。

撤销年月日　　年　　月　　日

患者签名

BẢN CAM KẾT

Kính gửi: Avenue Cell Clinic
Viện trưởng: **Dr.** Shinsaku Tsuji

Tôi đã được nghe giải thích các chi tiết về Điều trị Y tế tái sinh như sau:

☐ Nội dung điều trị y tế tái sinh
☐ Hiệu quả và rủi ro của việc chấp nhận điều trị bằng y tế tái sinh
☐ Các phương pháp điều trị khác
☐ Về việc chấp nhận điều trị y tế tái sinh
☐ Quyền từ chối điều trị y tế tái sinh
☐ Quyền từ chối những điều bất lợi có thể phát sinh nếu tôi không chấp nhận điều trị hoặc rút
☐ lại cam kết điều trị.
☐ Quyền rút lại cam kết điều trị
☐ Bồi thường thiệt hại sức khỏe
☐ Bảo mật thông tin cá nhân
☐ Chi phí điều trị
☐ Ghi chú đặc biệt khác
☐ Liên hệ với bác sĩ

Tôi đã giải thích cho bệnh nhân toàn bộ các chi tiết về điều trị y tế tái sinh nói trên.

Ngày giải thích: Ngày tháng năm
Người giải thích:

Tôi đã hiểu rõ về những nội dung được giải thích trên đây và đồng ý tiếp nhận điều trị y tế tái sinh. Tôi xác nhận trong khoảng thời gian từ nay tới ngày ,tôi có thể rút lại bản cam kết này.

Ngày cam kết: Ngày tháng năm
Chữ ký bệnh nhân:
Chữ ký người đi kèm:
(Quan hệ với bệnh nhân:

ĐƠN RÚT QUYẾT ĐỊNH ĐỒNG Ý

Kính gửi: Avenue Cell Clinic
Viện trưởng: **Dr.** Shinsaku Tsuji

Tôi đã đồng ý tiếp nhận điều trị y học tái sinh vào ngày tháng năm , nhưng nay tôi muốn rút lại quyết định đồng ý nói trên.

Tôi không có bất kì khiếu nại, phản đối nào liên quan đến việc bản thân có trách nhiệm thanh toán các chi phí điều trị và các chi phí phát sinh khác cho đến thời điểm rút quyết định đồng ý.

Ngày rút quyết định đồng ý: Ngày tháng năm

Chữ ký bệnh nhân

Consent Form

Avenue Cell Clinic
Director: Dr. Shinsaku Tsuji

I have received explanations regarding the provision of regenerative medicine in accordance with the "Explanation of Regenerative Medicine Treatment" covering the following points:

☐ Contents of regenerative medicine
☐ Treatment flow
☐ Effects and risks associated with receiving regenerative medicine
☐ Alternative treatment methods
☐ Refusal and withdrawal of consent
☐ Compensation for health damages
☐ Storage and disposal of cells
☐ Handling of significant findings regarding health and genetic traits
☐ Specimens obtained through regenerative medicine
☐ Protection of personal information
☐ Storage of medical records
☐ Costs involved
☐ Other special notes
☐ Implementation system
☐ Contact for inquiries about the treatment
☐ Point of contact for questions related to the review of this regenerative treatment plan

---

I have explained the details of the provision of the above regenerative medicine.

Date of Explanation (MM/DD/YY) :_____/_____/_____

Dr:_____

After fully understanding the above explanation, I consent to receiving the treatment of regenerative medicine. I also confirm that this consent can be withdrawn at any time before the administration of the cells.

Date of Agreement (MM/DD/YY) :_____/_____/

Patient's Signature : _____

Consent Withdrawal Form

Avenue Cell Clinic
Director: Dr. Shinsaku Tsuji

I hereby withdraw my consent, which I provided on ___ Year ___ Month ___ Day, for the provision of regenerative medicine.
I acknowledge that I will bear the costs of any treatment or other expenses incurred up to the point of withdrawal.

Date of Explanation (MM/DD/YY) :_____/_____/
Dr: _____

Date of Revocation (MM/DD/YY) :_____/_____/
Patient's Signature : _____