공여 정자 수증 동의서

정자 수증자	성명		상담자	성명	
수증 배우자	성명		담당의사	성명	

본 동의서는 불임시술을 위한 정자 수증에 동의하는 서류로서 동의권자는 배아생성의료기관으로부터 충분한 설명을 들은 후 신중히 결정하여야 합니다.

이와 관련하여 다음의 각 항목에 대해 상담자의 설명을 들은 후 **공란에 기입**을 하고, 본인이 충분히 이해하였다고 판단하면 □ **란에 ✓표**를 하십시오.

- 동의권자(본인)는 정자 제공이 무상으로 이루어진다는 설명을 들었습니다. ---□
- 동의권자는 정자 수증을 통해 태어난 출생자의 법적 지위가 유전적 친자와 동일하다는 것을 인지하고 있으며 최선을 다해 건강하게 양육을 할 것을 서약합니다. ---□
- 동의권자는 정자 제공자가 부인과 8촌 이내의 혈족이 아니라는 것을 서약합니다. ---□
- 정자 수증 및 공여와 관련된 개인식별 정보는 일정기간(년간) 보관됩니다. 정자 공여자가 개인 식별 정보를 인지할 수 있는 본인의 진료기록 열람이나 그 사본의 발급을 요구하는 경우, 또는 공여된 생식세포로 태어난 아이가 성인이 된 후 공여자에 대한 자료의 열람을 요청하는 경우에는 법적인 절차 및 정자 공여자의 정보 공개 동의 여부에 따라 그 자료를 열람하게 하거나 사본을 발급하게 됩니다. 다만 정자 공여자 본인이 원하지 않았을 경우 개인식별 정보는 보관되지 않으므로 정보 공개가 불가능하다는 것을 이해하였습니다. --□
- 수증 동의권자는 시술 이전에 담당의사에게 서면으로 언제든지 동의 의사를 철회할 수 있습니다. ---□
- 동의권자는 수증을 받은 공여정자를 통해 임신이 확인 된 후 인공임신중절 등을 하지 않을 것을 서약합니다. ---□

본인은 상기 내용을 충분히 이해한 후 기입을 하였고 시술과 관련된 내용을 충분히 이해한 후 정자수증 시술에 자발적으로 참여할 것을 결정하였습니다.

작성 일자 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

정자 수증 대상자: _____(인) 주민등록번호: -

정자 수증 배우자: _____(인) 주민등록번호: -

주소 : _____

핸 드 폰 : _____ , 전 화 번 호 : _____

상 담 자 : _____(인)

0000 원장 귀하