

배아 동결보존 동의서					
유전적 부	성명		상담자	성명	
유전적 모	성명		담당의사	성명	
<p>본 동의서는 배아 동결에 동의하는 서류로서 동의권자는 배아생성의료기관으로부터 충분한 설명을 들은 후 신중히 결정하여야 합니다.</p> <p>이와 관련하여 다음의 각 항목에 대해 상담자의 설명을 들은 후 공란에 기입을 하고, 본인이 충분히 이해하였다고 판단하면 <input type="checkbox"/> 란에 ✓표를 하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 배아 동결보존 기간을 동의서 작성시기로부터 만 1년으로 하며, 기간만료 이전에 본인이 보존 기간 연장 의사를 병원 측에 통고하여야 합니다. 통고가 없을 경우 배아 동결 이후 만 5년이 경과하거나 인공 수태시술자 및 그 배우자가 정한 보존기간 경과 후에 폐기해야 한다는 생명윤리 및 안전에 관한 법률 "제 3장 16조 2항"에 따라 폐기함에 동의합니다.---<input type="checkbox"/> 제 3장 16조 ② "배아 생산 의료기관의 장은 보존 기간이 경과하였고 연구나 시술의 목적으로 이용하지 아니하고자 하는 배아를 폐기하여야 한다." ● 배아 동결보존시 동결보존비를 부담하여야 하며, 만 1년 이상 배아를 동결보존 할 경우 추가로 일정액의 보존비용을 부담하여야 한다는 사실에 동의합니다.---<input type="checkbox"/> ● 동결 보존된 배아를 이식하고자 해동하였을 때 상태가 나빠 이식하지 못할 경우도 있음을 충분히 들어 이해하고 있습니다.---<input type="checkbox"/> ● 동의서에 작성된 주소 또는 전화번호의 변경이 있을 경우, 사전에 반드시 병원에 연락을 취해야 하며 주소 또는 전화번호 변경으로 인한 관련 내용 고지가 전달되지 않는 경우 발생하는 제 문제는 본인이 책임짐을 동의합니다.---<input type="checkbox"/> <p>본인은 상기 내용을 충분히 이해한 후 기입을 하였고 시술과 관련된 내용을 충분히 이해한 후 배아 동결보존을 하기로 결정하였습니다.</p> <p>작성 년 월 일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p>유전적 부 : _____ (인) 주민등록번호: _____ -</p> <p>유전적 모 : _____ (인) 주민등록번호: _____ -</p> <p>주 소 : _____</p> <p>핸 드 폰 : _____ , 전 화 번 호 : _____</p> <p>상 담 자 : _____ (인)</p> <p style="text-align: center;">0000 원장 귀하</p>					