

유전자치료 동의서

동의서 관리번호		
환자	성명	생년월일
	주소	
	전화번호	성별
법정대리인	성명	관계
	전화번호	
담당의사	성명	
	면허번호	
동의내용	유전자치료 목적	
	예측되는 치료 결과	
	예측되는 부작용	
이 동의서는 유전자 치료에 관한 자발적인 동의를 확인하기 위한 것으로 위에 동의한 동의 내용과 관련한 사항들에 대하여 담당의사로부터 충분한 설명을 듣고 궁금한 사항에 대해 질문한 후 충분히 생각하고 자발적으로 결정하시기 바랍니다. 다음의 사항들을 참고하시기 바랍니다. 1. 배아, 난자, 정자 및 태아에 대한 유전자치료는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제47조제2항에 따라 금지됩니다. 2. 유전자치료는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 따라 유전자치료기관으로 신고된 의료기관에서만 할 수 있으며, 담당의사로부터 유전자치료의 안전성 확보에 필요한 조치들에 대한 설명을 충분히 들어야 합니다. 3. 동의권자가 위 사항에 대하여 동의를 하였더라도 치료를 시작하기 전에는 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 4. 유전자치료기관은 해당 유전자치료 대상 환자(동의권자)의 개인정보를 보호하기 위하여 필요한 조치를 취할 의무가 있습니다. ※ 위의 모든 사항에 대해 충분한 설명을 듣고, 작성된 동의서 사본을 1부 받아야 합니다. 본인은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제45조에 따라 유전자치료에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자치료에 자발적인 의사로 동의합니다. 년 월 일 환자 (서명 또는 인) 법정대리인 (서명 또는 인) 담당의사 (서명 또는 인)		
구비서류	법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류	