

棄置儲存胚胎同意書

Please Used ID Label or Block Print

Surname		Unit Record No.	
Given Name		Chinese Name	
Sex	Age	Ward	Admitted Date & Time
Attn. Doctor			
Consult. Doctor			

1. 我們 _____ (丈夫姓名)
(姓名) (身份證號碼 / 護照號碼*)
(以下簡稱“丈夫”)及

_____ (妻子姓名)
(姓名) (身份證號碼 / 護照號碼*)
(以下簡稱“妻子”)

地址為 _____,

謹此同意並授權 _____ (生殖科技中心
名稱)(以下簡稱“中心”)棄置由我們的配子所製造及儲存的胚胎。這些胚胎是我們於_____
_____簽署儲存胚胎同意書時同意儲存的。
(日/月/年)

2. 我們確認, _____已向我們解釋棄置的性質及含意, 並給予機會讓
我們可隨意查詢任何事項。我們亦獲給予適當機會, 接受由_____
提供的輔導, 使我們明白有關棄置的各種含意。

註: 如未取得雙方的聯名同意, 中心會保存儲存胚胎, 直至最長儲存期限屆滿為止。

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽名 _____ 簽名 _____
(丈夫簽名) (妻子簽名)

姓名 _____ 姓名 _____
(中文) (中文)

(英文正楷) (英文正楷)

結婚證書編號 _____

簽名 _____ 簽名 _____
(主診醫生簽名) (見證人簽名)

姓名 _____ 姓名 _____

職位 _____