



미성년자 수술 및 시술 동의서

미성년자는 신체의 성장, 발달이 완료되지 않았을 수 있고, 성인을 대상으로 임상 시험이 진행된 다수의 약물을 사용함에 있어 연령과 체중에 따른 조절이 필요할 수 있습니다.

의료법 제24조의2(의료 행위에 관한 설명)에 의거하여 의사는 수술 등을 하는 경우 그와 관련된 사항을 환자(환자가 의사 결정이 없는 경우 환자의 법정 대리인)에게 설명하고 서면으로 그 동의를 받아야 합니다.

현행법상 미성년자(만18세 이하)의 경우 법률 행위를 위해서는 법정대리인이 필요하고, 이에 따라 수술 및 시술을 위해 친권자 또는 법정 대리인의 동의가 필요합니다. 아울러 친권자 확인을 위해 미성년자의 기본 증명서 및 가족 관계 확인서 제출이 필요합니다.

※ 위 내용에 대해 환자 본인과 법정 대리인이 인지하고 수술 및 시술을 진행하며, 이에 대하여 이의를 제기하지 않음을 동의합니다.

▣ 보톡스

본 시술에 사용하는 보톡스는 특정 질환의 치료를 목적으로 미성년자에게도 사용 가능하나 주름 개선을 목적으로 하는 치료의 경우 만 18세 이하의 소아 및 청소년에 대한 안정성 및 유효성은 연구되지 않았습니다.

▣ 필러

본 시술에 사용하는 필러는 식품의약품안전처의 성형용 필러 허가 심사 가이드라인을 토대로 사용 시 주의사항의 사용 대상 등 명확화를 준수하여 임상시험의 선정 기준 등에 따라 허가시 사용 목적에 성인으로 사용 대상을 한정하고, 사용 시 주의사항에는 미성년자에 대한 사용 금지 문구를 기재하도록 되어 있습니다.

※ 본 시술에 사용하는 필러는 만 18세 이하 미성년자에 대한 안전성은 임상 시험상 입증된 바 없어 사용 안정성을 담보할 수 없습니다.

환자 본인 : (서명)

생년월일 :

법정대리인: (서명)

생년월일 :

