

Doplňující informovaný souhlas k nakládání se zamrazenými embryi – žádost o prodloužení doby skladování

Pacientka:

Jméno:

Příjmení:

Bytem:

Rodné číslo:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Partner / manžel pacientky:

Jméno:

Příjmení:

Bytem:

Rodné číslo:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Pacientka a partner/manžel pacientky (neplodný pár) mají u zdravotnického zařízení uložena zamrazená embrya, vytvořená v jejich prospěch, která nebyla použita při umělém oplodnění. Vzhledem k tomu, že dne uplynula / uplyne dohodnutá doba jejich uchování, pacientka a partner/manžel pacientky žádají zdravotnické zařízení o prodloužení doby skladování zamrazených embryí, a to na dobu dalšího 1 roku od výše uvedeného data a zavazují se zaplatit poplatek za skladování embryí společnosti ISCARE a.s., který **na další dobu skladování v délce 1 roku činí 1.500,- Kč**. Účelem uskladnění embryí je jejich použití při umělém oplodnění neplodného páru. V případě, že do uplynutí další doby skladování nepožádají o další skladování embryí, žádají pacientka a partner/manžel pacientky společnost ISCARE a.s., aby po uplynutí dohodnuté konzervační doby byla zamrazená embrya znehodnocena.

Dokument je platný pouze po identifikaci dle průkazů totožnosti při podpisu v ISCARE a.s. nebo s úředním ověřením podpisů.

Podpis pacientky:

V _____ dne:

Podpis partnera/manžela pacientky:

V _____ dne:

Identifikaci pacientky při podpisu ve zdravot. zařízení za ISCARE provedl (jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka):

Identifikaci partnera/manžela pacientky při podpisu ve zdravot. zařízení za ISCARE provedl (jméno, příjmení a podpis zdrav. pracovníka):