

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

Pacientka:

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Bytem:

Pacientka má u zdravotnického zařízení uloženy zamrazené oocyty. Vzhledem k tomu, že dne .....uplyne / uplynula dohodnutá doba jejich uchování, pacientka žádá zdravotnické zařízení o prodloužení doby skladování oocytů, a to na dobu dalšího 1 roku od výše uvedeného data a zavazuje se zaplatit poplatek za skladování oocytů společnosti ISCARE a.s., který na další dobu skladování v délce 1 roku činí 1.500,- Kč.

Účelem uskladnění oocytů je jejich použití při umělém oplodnění pacientky.

V případě, že do uplynutí další doby skladování nepožádá pacientka o další skladování, žádá pacientka zdravotnické zařízení ISCARE a.s., aby po uplynutí dohodnuté konzervační doby, byly zamrazené oocyty znehodnoceny.

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

V \_\_\_\_\_ dne:

Podpis pacientky:

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

Název dokumentu: Doplnující informovaný souhlas k nakládání se zamrazenými oocyty	Platné od: 1. 1. 2020	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE a.s. – S 18, CRM, příl. B3, vyd. 5	Zpracoval: Ing. Adéla Minks Šašková, Ph.D.	Uvolnil: MUDr. Jan Lacheta
		Stránka 1 z 1