

Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamraženými spermii (likvidaci)

Pacient:

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Bytem:

Pacient má u zdravotnického zařízení ISCARE a.s. uloženy zamražené spermie.

Prohlášení pacienta o udělení souhlasu:

Já níže podepsaný tímto žádám společnost ISCARE a.s., se sídlem Českomoravská 2510/19, 190 00 Praha 9 Libeň, IČ 61858366, aby zajistila znehodnocení spermií, které mám u této společnosti zamražené a uchované.

Pacient tímto uděluje zdravotnickému zařízení souhlas s likvidací zamražených spermií.

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

V _____ dne:

Podpis pacienta:

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

Název dokumentu: Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamraženými spermii (likvidaci)	Platné od: 1. 1. 2020	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE a.s. – S 18, CRM, příl. B5, vyd. 4	Zpracoval: Ing. Adéla Minks Šašková, PhD.	Uvolnil: MUDr. Jan Lacheta
		Stránka 1 z 1