

**Informovaný souhlas s výkonem:  
Doplňující souhlas k nakládání se zamrazenými embryi – žádost o prodloužení doby skladování**

Jméno a příjmení pacientky: .....

Datum narození /rodné číslo (je-li přiděleno): .....

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno): .....

Číslo občanského průkazu/pasu: .....

štítek pacientky

Jméno a příjmení partnera/manžela: .....

Datum narození /rodné číslo (je-li přiděleno): .....

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno): .....

Číslo občanského průkazu/pasu: .....

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 uchovávání, pacientka a partner/manžel pacientky žádají zdravotnické zařízení o prodloužení doby skladování zamrazených embryí, a to na dobu dalších ..... let od výše uvedeného data a zavazují se zaplatit poplatek za skladování embryí společnosti ISCARE a.s. dle platného ceníku, se kterým byli seznámeni. 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 uběhnutí 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 zdravotnickém zařízení za ISCARE a.s. provedl (jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka):**

.....

**Identifikaci partnera/manžela pacientky při podpisu ve zdravotnickém zařízení za ISCARE a.s. provedl (jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka):**

.....