

**Informovaný souhlas s výkonem:
Doplňující souhlas k nakládání se zamrazenými oocyty – 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

Pacientka má u zdravotnického zařízení uloženy zamrazené oocyty. Vzhledem k tomu, že dneuplyne / uplynula dohodnutá doba jejich uchovávání, 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.

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 uběhnutí 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 a.s. provedl (jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka):