

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

Jméno a příjmení pacienta:

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

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno):

Číslo občanského průkazu/pasu:

štítek pacienta

Pacient má u zdravotnického zařízení uloženy zamrazené spermie. Vzhledem k tomu, že dne uplyne / uplynula dohodnutá doba jejich uchování, pacient žádá zdravotnické zařízení o prodloužení doby skladování spermii, a to na dobu dalšího 1 roku od výše uvedeného data a zavazuje se zaplatit poplatek za skladování spermii společnosti ISCARE a.s.

Účelem uskladnění spermii je jejich použití při umělém oplodnění pacientovy manželky/partnerky.

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

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