

DOTAZNÍK DÁRCE SPERMATU

Pro vnitřní potřebu zdrav.zařízení ISCARE IVF, a.s. - DŮVĚRNÉ

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:..... Zdrav. pojišťovna

Stav: Děti:.....

Adresa:.....

Telefon:..... e-mail:

Výška:..... Váha:..... Tělesný typ:

Barva očí:..... Barva vlasů:.....

Ukončené vzdělání:.....

Prodělané nemoci:.....

Zdravotní stav:.....

Trvale užívané léky:.....

Dědičné nemoci v rodině:.....

Alkohol: ano ne příležitostně

Kouření: ano ne příležitostně

Návykové látky: ano ne příležitostně

Jaké:.....

Výsledky vyšetření (vyplňuje laboratoř):

Datum odběru spermií:

Výsledek vstupního spermiogramu:

Datum vyšetření krve:

Krevní skupina:

Rh faktor:

HIV
BWR

HbsAg
TPHA

anti-HCV
VDRL

Datum vyšetření moči:

Chlamydie

Genetické vyšetření:

V Praze dne:

Podpis dárce:.....

Podpis embryologa:.....