



Centrum asistované reprodukce ISCARE I.V.F. a.s.  
Jankovcova 1569/2c 170 00 Praha 7

### ŽÁDOST O ZAMRAZENÍ A USCHOVÁNÍ SPERMII

*Jméno a příjmení pacienta :*

*Datum narození:*

*Rodné číslo:*

*Bydliště:*

Žádám tímto zdravotnické zařízení ISCARE I.V.F. a.s., aby zajistilo zamrazení a uschování mých spermií pro případné další použití po dobu tří let.

Za tuto službu se zavazuji uhradit společnosti ISCARE částku dle platného ceníku ISCARE I.V.F. a.s..

Zdravotnické zařízení ISCARE I.V.F. a.s. je povinno při zamrazení a uschování spermií postupovat s vynaložením odborné péče.

Beru na vědomí, že ISCARE není odpovědna za kvalitu biologického materiálu ani po dobu zamrazení ani po rozmrazení. Jsem si vědom i toho, že ISCARE není schopna zaručit ani odhadnout míru úspěšnosti zákroku, při němž bude použito tohoto biologického materiálu.

Jsem si vědom omezených možností použití biologického materiálu i jeho omezené životnosti. Podpisem této žádosti žádám společnost ISCARE I.V.F. a.s., aby po uběhnutí sjednané lhůty zajistila znehodnocení zamrazeného biologického materiálu.

Můj souhlas s použitím uschovaných spermií pro umělé oplodnění mé manželky/partnerky platí pouze po dobu mého života. ANO NE

V Praze dne

Podpis pacienta: