KLINICKÉ CENTRUM ISCARE
ISCARE a.s., Českomoravská 2510/19, 190 00 Praha 9 - Libeň, IČO 61858366
T: +420 234 770 100 / E: iscare@iscare.cz / www.iscare.cz

Integrazione del consenso informato alla manipolazione degli embrioni congelati – richiesta di un'estensione del periodo di conservazione

Nome e cognome della paziente: .....

Data di nascita / codice anagrafico (ove assegnato): .....

Numero di identificazione del paziente (ove assegnato): .....

štítek/etichetta

Carta d´identitá o passaporto: .....

Nome e cognome del partner/marito della paziente: .....

Data di nascita / codice anagrafico (ove assegnato): .....

Numero di identificazione del paziente (ove assegnato): .....

Carta d´identitá o passaporto: .....

La paziente e il partner/marito della paziente (coppia infertile) hanno presso la struttura medica ISCARE a.s. conservati e congelati gli embrioni, creati per loro e non usufruiti durante la riproduzione assistita. Considerando che il giorno ..... scade/ é scaduto il periodo concordato per la loro conservazione, la paziente e il suo partner/marito chiedono la struttura medica di prorogare il periodo di conservazione degli embrioni congelati di ulteriori ..... anni dalla data menzionata sopra. Pazienti si impegnano di saldare il pagamento di questo servizio di conservazione prolongata alla societá ISCARE a.s. secondo il listino prezzi attuale.

Lo scopo della conservazione di embrioni è il futuro uso per la fecondazione assistita della coppia infertile.

Nel caso, pazienti non chiedono un'ulteriore conservazione entro la data di scadenza del contratto, significa, che chiedono la struttura medica ISCARE a.s. di degradare loro embrioni congelati quando sarà trascorso il tempo concordato.

Questo documento assume la validitá soltanto dopo l'identificazione con il documento di identitá e la firma personale presso la ISCARE a.s., oppure con la firma ufficialmente verificata.

Firma della paziente:

A _____ ***il:***

Firma del partner / marito:

A _____ ***il:***

L´identificazione della paziente nel momento di firmare il consenso ha fatto (nome, cognome e firma del dipendente responsabile):

L´identificazione del partner / marito nel momento di firmare il consenso ha fatto (nome, cognome e firma del dipendente responsabile):