**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 ovociti 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:** .....

La paziente ha presso la struttura medica immagazzinati e congelati ovociti. Considerando che il giorno ..... scade/ è scaduto il periodo concordato per la loro conservazione, la paziente chiede la struttura medica di prorogare il periodo di conservazione di ulteriori ..... anni dalla data menzionata sopra. La paziente si impegna di saldare il pagamento di questo servizio alla societá ISCARE a.s. secondo il listino prezzi in vigore, con cui è stata messa a conoscenza.

Lo scopo della conservazione di ovociti è il futuro uso per la fecondazione della paziente.

Nel caso, la paziente non chiede un´ulteriore conservazione entro la data di scadenza del contratto, significa, che chiede la struttura medica ISCARE a.s. di degradare suoi ovociti congelati quando è trascorso il tempo concordato.

**Questo documento assume la validità soltanto dopo l´identificazione con il documento di identità e la firma personale presso la ISCARE a.s., oppure con la firma ufficialmente verificata.**

***A _____ il:***

***Firma della paziente:***

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