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

Dichiarazione di consenso con la manipolazione di embrioni congelati (liquidazione)

štítek/etichetta

Nome e cognome della paziente: .....

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

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

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. La paziente e il suo partner/marito dichiarano con la presente, che non intendono usare questi embrioni in futuro allo scopo di gravidanza della paziente. La paziente e il suo partner/marito per questo motivo consentono alla struttura medica di liquidare questi embrioni in eccesso.
La paziente e il suo partner/marito richiedeno la liquidazione (selezioni la opzione scelta ☒)**:**

☐ **Di tutti loro embrioni congelati e conservati presso la clinica ISCARE a.s.**
☐ **Solo di embrioni congelati durante IVF ciclo specificato sotto**
- indicate l'anno e mese del IVF ciclo, durante il quale sono stati congelati embrioni _____

Confermiamo con le nostre firme, che abbiamo avuto la possibilitá di studiare questa dicchirazione con attenzione e con il tempo necessario, con la possibilitá di rivolgere al medico le nostre domande alle quali abbiamo ricevuto le risposte con la chiarezza soddisfacente. Dichiariamo, che non abbiamo altre domande e abbiamo inteso questo documento e lo confermiamo sotto con i nostri autografi.
Questo documento assume la validità soltanto dopo la 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):