

## Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamrazenými embryi (likvidaci)

Pacientka:

Jméno:

Příjmení:

Bytem:

Rodné číslo (u cizinců datum narození)\*:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Partner / manžel pacientky:

Jméno:

Příjmení:

Bytem:

Rodné číslo (u cizinců datum narození)\*:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

\*u cizinců pojištěných v ČR zadat navíc číslo pojištěnce

Pacientka a partner/manžel pacientky (neplodný pár) mají u zdravotnického zařízení ISCARE a.s. uložena zamrazená embrya, vytvořená v jejich prospěch, která nebyla použita při umělém oplodnění. Pacientka a partner/manžel pacientky tímto prohlašují, že tato embrya nehodlají v budoucnosti použít za účelem otěhotnění pacientky. Pacientka a partner/manžel pacientky tímto proto udělují zdravotnickému zařízení souhlas s likvidací těchto nadbytečných embryí.

Pacientka a partner/manžel pacientky souhlasí s likvidací (zaškrtněte zvolenou možnost 

Všech jejich zamrazených embryí uskladněných v klinickém centru ISCARE a.s.

Pouze embryí zamrazených při níže specifikovaném IVF cyklu:

- uveďte rok a měsíc IVF cyklu, ve kterém byla embrya mrazena \_\_\_\_\_

*Potvrzujeme svými podpisy, že jsme měli možnost si toto prohlášení podrobně a v dostatečném předstihu prostudovat a položit lékařovi jakékoli související otázky. Naše otázky nám byly srozumitelně zodpovězeny k naší spokojenosti. Prohlašujeme, že nemáme dalších dotazů, prohlášení jsme dobře pochopili, což níže stvrzujeme svými vlastnoručními podpisy.*

*Dokument je platný pouze po identifikaci dle průkazů totožnosti při podpisu v ISCARE a.s. nebo s úředním ověřením podpisů.*

Podpis pacientky:

V \_\_\_\_\_ dne:

Identifikaci pacientky při podpisu ve zdravotnickém zařízení za ISCARE provedl (jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka):

Podpis partnera/manžela pacientky:

V \_\_\_\_\_ dne:

Identifikaci partnera/manžela pacientky při podpisu provedl (jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka):