

**Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamrazenými oocyty (likvidaci)**

Pacientka:

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Číslo OP / jiného průkazu totožnosti:

Bytem:

Pacientka má u zdravotnického zařízení ISCARE a.s. uložené zamrazené oocyty (vajíčka).

**Prohlášení pacientky o udělení souhlasu:**

Já, níže podepsaná, tímto žádám společnost ISCARE a.s., se sídlem Českomoravská 2510/19, Praha 9, 190 00, IČ 61858366, aby zajistila znehodnocení oocytů, které mám u této společnosti zamrazené a uchované.

Pacientka tímto uděluje zdravotnickému zařízení souhlas s likvidací zamrazených oocytů.

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

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

Podpis pacientky:

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

Název dokumentu: Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamrazenými oocyty (likvidaci)	Platné od: 1. 1. 2020	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE a.s. – S 18, CRM, příl. B6, vyd. 2	Zpracoval: Ing. Adéla Minks Šašková, PhD.	Uvolnil: MUDr. Jan Lacheta
		Stránka 1 z 1