

**Informovaný souhlas s výkonem:  
Doplňující souhlas k nakládání se zamrazenými oocyty – žádost o prodloužení doby skladování**

Jméno a příjmení pacientky: .....

Datum narození /rodné číslo (je-li přiděleno): .....

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno): .....

Číslo občanského průkazu/pasu: .....

*štítek pacientky*

Pacientka má u zdravotnického zařízení uloženy zamrazené oocyty. Vzhledem k tomu, že dne .....uplyne / uplynula dohodnutá doba jejich uchovávání, pacientka žádá zdravotnické zařízení o prodloužení doby skladování oocytů, a to na dobu dalšího 1 roku od výše uvedeného data a zavazuje se zaplatit poplatek za skladování oocytů společnosti ISCARE a.s.

Účelem uskladnění oocytů je jejich použití při umělém oplodnění pacientky.

V případě, že do uplynutí další doby skladování nepožádá pacientka o další skladování, žádá pacientka zdravotnické zařízení ISCARE a.s., aby po uplynutí dohodnuté konzervační doby, byly zamrazené oocyty znehodnoceny.

***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 a.s. provedl (jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka):***