

Informierte Zustimmung
Ergänzende informative Zustimmung zum Verfahren mit eingefrorenen Embryos
– Antrag auf Verlängerung der Lagerzeit

Vorname und Nachname der Patientin:

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt):

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben):

štítek/Aufkleber

Numer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises:

Vorname und Nachname des Partners/Ehemanns der Patientin:

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt):

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben):

Numer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises:

Die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin (unfruchtbares Paar) haben bei der medizinischen Einrichtung eingefrorene Embryos gelagert, die zu ihren Gunsten erschaffen wurden, die nicht bei der künstlichen Befruchtung eingesetzt wurden.

Da am der vereinbarte Zeitraum ihrer Lagerung abgelaufen ist / abläuft, bitten die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin die medizinische Einrichtung um eine Verlängerung der Lagerdauer der eingefrorenen Embryos für die Dauer von weiteren Jahren ab dem oben angeführten Datum und sie verpflichten sich der Gesellschaft ISCARE a.s. die Lagergebühr zu bezahlen - den Preis gemäß der gültigen Preisliste, mit der sie vertraut wurden. Zweck der Lagerung der Embryos ist deren Verwendung bei der künstlichen Befruchtung des unfruchtbaren Paares. Wenn sie, bis zum Ablauf der weiteren Lagerdauer nicht eine weitere Lagerung der Embryos beantragen, beauftragen die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin die Gesellschaft ISCARE a.s., die eingefrorenen Embryos nach dem Ablauf der vereinbarten Konservierungsdauer zu vernichten. **Das Dokument ist nur nach einer Identifikation anhand eines Identitätsnachweises bei der Unterzeichnung bei ISCARE a.s. oder mit amtlich beglaubigten Unterschriften gültig.**

Unterschrift der Patientin:

.....

Unterschrift des Partners/Ehemanns der Patientin:

.....

In Prag am:

.....

In Prag am:

.....

Identifizierung der Patientin bei der Unterschrift in der Gesundheitseinrichtung für ISCARE a.s. führte durch (Vor- und Nachname und Unterschrift der verantwortlichen Person):

.....

Identifizierung des Partners/Ehemanns bei der Unterschrift in der Gesundheitseinrichtung für ISCARE a.s. führte durch (Vor- und Nachname und Unterschrift der verantwortlichen Person):

.....