

**Informierte Zustimmung**  
**Ergänzende informierte Zustimmung zum Verfahren mit den eingefrorenen Oozyten**  
**– 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: .....

Die Patientin hat bei der medizinischen Einrichtung eingefrorene Oozyten gelagert. Da am ..... die vereinbarte Lagerdauer abläuft / abgelaufen ist, bittet die Patientin die medizinische Einrichtung um eine Verlängerung der Lagerdauer der Oozyten, auf weitere ..... Jahre ab dem oben angeführten Datum und er verpflichtet sich der Gesellschaft ISCARE a.s. die Lagergebühr für die Lagerung der Oozyten ab dem oben angeführten Datum zu bezahlen den Preis gemäß der gültigen Preisliste, die der Patientin vorgezeigt wurde.

Zweck der Lagerung der Oozyten ist deren Verwendung bei der künstlichen Befruchtung der Patientin.

Wenn die Patientin, bis zum Ablauf der weiteren Lagerdauer nicht eine weitere Lagerung beantragt, beauftragt die Patientin die Gesellschaft ISCARE a.s., die eingefrorenen Oozyten 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 einer amtlich beglaubigten Unterschrift gültig.**

In Prag am:

Unterschrift der Patientin:

**Identifizierung des Patienten – der Unterschrift der verantwortlichen Person (Vor- und Nachname, Unterschrift):**