

Informierte Zustimmung
Ergänzende informierte Zustimmung zum Verfahren mit eingefrorenen Spermien
– Antrag auf Verlängerung der Lagerzeit

Vorname und Nachname des Patienten:

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt):

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben):

štítek/Aufkleber

Numer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises:

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

Zweck der Lagerung der Spermien ist deren Verwendung bei der künstlichen Befruchtung der Ehefrau/Partnerin des Patienten.

Wenn der Patient, bis zum Ablauf der weiteren Lagerdauer nicht eine weitere Lagerung beantragt, beauftragt der Patient die Gesellschaft ISCARE a.s., die eingefrorenen Spermien 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:

[Empty dashed box for date]

Unterschrift des Patienten:

[Empty dashed box for patient signature]

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

[Empty dashed box for patient identification and signature]