

**Informierte Zustimmung**  
**Erteilung der Zustimmung zum Verfahren mit den eingefrorenen Embryos (Entsorgung)**

Vorname und Nachname der Patientin: .....

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt): .....

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben): .....

štítek/Aufkleber

Nummer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises: .....

Vorname und Nachname des Partners/Ehemanns der Patientin: .....

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt): .....

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben): .....

Nummer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises: .....

Die Patientin und der Partner/Ehemann der Partnerin (unfruchtbares Paar) haben bei der medizinischen Einrichtung ISCARE a.s. eingefrorene Embryos hinterlegt, die zu ihren Gunsten erschaffen wurden und die bei der künstlichen Befruchtung nicht verwendet wurden. Die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin erklären hiermit, dass sie nicht beabsichtigen diese Embryos in der Zukunft zum Zweck der Schwangerschaft der Patientin zu verwenden. Die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin erteilen deshalb der medizinischen Einrichtung ihre Zustimmung zur Vernichtung dieser überschüssigen Embryos.

**Die Patientin und der Partner/Ehemann der Patientin stimmen einer Entsorgung zu (Zutreffendes ankreuzen ☒):**

**Aller ihrer eingefrorenen Embryos, die im klinischen Zentrum ISCARE a.s. gelagert sind**

**Nur der im Laufe des unten spezifizierten IVF Zyklus eingefrorenen Embryos:**

- führen Sie das Jahr und den Monat des IVF Zyklus an, in dem die Embryos eingefroren wurden \_\_\_\_\_

Wir bestätigen mit unseren Unterschriften, dass wir die Möglichkeit gehabt haben diese Erklärung detailliert und mit genügender Vorlaufzeit zu lesen und dem Arzt jedwede möglichen zusammenhängenden Fragen zu stellen. Unsere Fragen wurden uns verständlich und zu unserer Zufriedenheit beantwortet. Wir erklären, dass wir keine weiteren Fragen haben, wir haben die Erklärung verstanden, was wir weiter unten durch unsere eigenhändigen Unterschriften bestätigen.

**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:**

.....

In Prag am:

.....

**Unterschrift des Partners/Ehemanns der Patientin:**

.....

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):**

.....