

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

Vorname und Nachname der Patientin:

Geburtsdatum /Geburtsnummer (wenn zugeteilt):

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben):

štítek/Aufkleber

Nummer des Personalausweises / eines anderen Identitätsnachweises:

Die Patientin hat bei der medizinischen Einrichtung ISCARE a.s. eingefrorene Oozyten (Eizellen) gelagert.

Erklärung der Patientin über die Erteilung der Zustimmung:

Ich, die unten Unterschriebene beauftrage hiermit die Gesellschaft ISCARE a.s., mit Sitz Českomoravská 2510/19, Praha 9, 190 00, Ident. Nr. 61858366, mit der Entsorgung der Oozyten, die ich bei dieser Gesellschaft eingefroren und gelagert habe.

Die Patientin erteilt hiermit der medizinischen Einrichtung ihre Zustimmung zur Entsorgung der eingefrorenen Oozyten.

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 der Patientin:

[Empty dashed box for patient signature]

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

[Empty dashed box for patient identification]