

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

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 ISCARE a.s. eingefrorene Spermien gelagert.

Erklärung des Patienten über die Erteilung der Zustimmung:

Ich, der 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 Spermien, die ich bei dieser Gesellschaft eingefroren und gelagert habe.

Der Patient erteilt hiermit der medizinischen Einrichtung seine Zustimmung zur Entsorgung der eingefrorenen Spermien.

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 am:

Unterschrift des Patienten:

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