

Žádost a souhlas s převozem kryokonzervovaných embryí/oocytů*

* Nehodící se škrtněte

Klientka		Klient	
Příjmení		Příjmení	
Jméno		Jméno	
Rodné číslo		Rodné číslo	
Adresa		Adresa	

Žádám/e tímto o převoz všech kryokonzervovaných embryí/oocytů* (dále jen „vzorky“), pro účely asistované reprodukce. Vzorky budou převezeny z odesílajícího tkáňového zařízení do níže uvedeného přijímacího tkáňového zařízení. Tento souhlas je udělen pouze pro účely asistované reprodukce.

ODESÍLAJÍCÍ TKÁŇOVÉ ZAŘÍZENÍ	
Název	
Adresa	

PŘIJÍMAJÍCÍ TKÁŇOVÉ ZAŘÍZENÍ	
Název	
Adresa	

Prohlášení:

Byli jsme informováni o možných komplikacích, jsme si jich vědomi a žádáme o převoz kryokonzervovaných vzorků z odesílajícího tkáňového zařízení do přijímacího tkáňového zařízení.

Jelikož není možné zajistit všechny typy rozmrazovacích médií používané po celém světě, budou při rozmrazení použita nejvhodnější dostupná média. Souhlasíme s tím, že při rozmrazení budou použita média na rozmrazení standardně používaná na přijímací klinice.

Zavazujeme se, že uhradíme zdravotnickému zařízení materiál a výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle platného ceníku Fakultní nemocnice Olomouc, se kterým jsme byli seznámeni.

Žádost o převoz kryokonzervovaných vzorků činíme podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzujeme svými vlastnoručními podpisy.

Ověření identity klientů:

Datum	Hodina	Podpis klientky	Za CAR ověřil	Dle dokladu

Datum	Hodina	Podpis klienta	Za CAR ověřil	Dle dokladu