

Žádost a souhlas s převozem kryokonzervovaných spermií/tkáně*

* Nehodící se škrtněte

Klient	
Příjmení	
Jméno	
Rodné číslo	
Adresa	

Žádám tímto o převoz všech kryokonzervovaných:

- ☐ spermií
☐ vzorků tkáně z MESA/TESE
(dále jen „vzorky“)

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:

Byl jsem informován o možných komplikacích, jsem si jich vědom a žádám o převoz 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. Souhlasím s tím, že při rozmrazení budou použita média na rozmrazení standardně používaná na přijímací klinice.

Zavazuji se, že uhradím zdravotnickému zařízení materiál a výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle platného ceníku Fakultní nemocnice Olomouc, se kterým jsem byl seznámen.

Žádost o převoz kryokonzervovaných vzorků činím podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Ověření identity:

Datum	Hodina	Podpis klienta	Za CAR ověřil	Dle dokladu