

Žádanka na vyšetření spermiogramu k autokryokonzervaci

Jméno a příjmení klienta:				Partnerka (v případě indikace infertilního páru)	
Rodné číslo:		Telefon:			
Adresa klienta:					
Klinická dg.:		Pojišťovna:			

Potvrzuji, že sperma, které jsem odevzdal k vyšetření spermiogramu, je moje a všechny uvedené údaje souhlasí.
Souhlasím s vyšetřením spermiogramu před autokryokonzervací spermií/tkáně.

Datum	Hodina	Podpis klienta	Totožnost ověřil	Dle dokladu

Vyšetření se provádí pondělí – pátek po objednání na tel. 588 443 913.

SPG (dle WHO 2010):

Datum odběru:		Čas odběru:	
Délka abstinence:			
Objem:		(norma 1,5 ml a více)	
Vzhled:			
Viskozita:			
Koncentrace (mil/ml):		(norma 15 mil/ml)	
Celková pohyblivost (%):		(norma 40 % a více)	
Progresivní pohyblivost (A+B)		(norma 32 % a více)	
Zamraženo:			

Zpracováno dne:	Zpracoval (jmenovka + podpis)