

**KLINIKA ZA GINEKOLOGIJO IN PERINATOLOGIJO**  
**Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo**

**PRIVOLITEV V POSTOPEK ODMRZOVANJA ZARODKOV**

Podpisana \_\_\_\_\_  
ime in priimek ženske \_\_\_\_\_ datum rojstva \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_  
ime in priimek moškega \_\_\_\_\_ datum rojstva \_\_\_\_\_

Privoliva v postopek odmrzovanja najinih zarodkov, ki jih hranite v vašem laboratoriju. Strinjava se, da se ti zarodki uporabijo v procesu zdravljenja neplodnosti v postopku prenosa odmrznjenih zarodkov v maternico (embriotransfer). Želiva, da se v maternico prenese \_\_\_\_\_ vitalnih zarodk(a)ov.

Seznanjena sva, da vsi zarodki postopek odmrzovanja ne preživijo. V kolikor imava zamrznjenih več zarodkov, kot jih želiva za prenos, dovoljujema, da se dodatno odmrzne toliko zarodkov, da se doseže željeno število vitalnih zarodkov za prenos.

Seznanjena sva, da bodo najine zarodke na dogovorjeni dan prenosa zarodkov v maternico pričeli odmrzovati že zjutraj.

Seznanjena sva tudi s tem, da se v okoliščinah, ko je ogrožena varnost vključenih v zdravljenje (najino zdravstveno stanje, nepredvidljive tehnične težave, javno-zdravstveni problemi..) , postopek prekine.

V primeru, da prekineva najino zakonsko ali izvenzakonsko zvezo v času od podpisa te izjave, ali na dan prenosa zarodkov ne moreva priti zaradi drugih razlogov, sva o tem dolžna pravočasno (**vsaj en dan pred dogovorjenim prenosom**) obvestiti center za zdravljenje neplodnosti.

Podpis ženske \_\_\_\_\_ Podpis zdravnika \_\_\_\_\_

Podpis moškega \_\_\_\_\_ Podpis embriologa \_\_\_\_\_

Maribor, \_\_\_\_\_

Število odmrznjenih slamic \_\_\_\_\_ Število odmrznjenih zarodkov \_\_\_\_\_

Število preostalih slamic \_\_\_\_\_ Število preostalih zarodkov \_\_\_\_\_