

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.

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 _____