

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

PRISTANAK ZA POSTUPAK ODMRZAVANJA EMBRIONA

Mi, dole potpisani:

_____	_____
(ime i prezime pacientkinje)	(datum rođenja)
_____	_____
(ime i prezime pacientkinje)	(datum rođenja)

Datim potpisima potvrđujemo da se slažemo da odmrznete naše embrione, koji su na čuvanju u Vašoj laboratoriji. Slažemo se da naši embrioni budu upotrebljeni u procesu lečenja naše neplodnosti postupkom prenosa *odmrznutih* embriona u matericu (postupak embriotransfera) i da se pri tome u matericu prenese/prenesu _____ (_____) *vitalnih* embrion/embriona.

Upoznati smo sa činjenicom da postupak odmrzavanja obično ne prežive svi embrioni. Ukoliko imamo zamrznuto više embriona nego što ih želimo za prenos u matericu, dozvoljevamo da se dodatno odmrzne onoliko naših embriona koliko je potrebno da bi se postigao željeni broj vitalnih embriona za prenos.

O početku odmrzavanja embriona obavestit ćemo Vas po telefonu. U slučaju da na dogovoreni termin za prenos embriona ne dođete, moraćemo Vaše embrione prepustiti.

Število zamrznutih embriona _____

Potpis pacientkinje: _____ Potpis supruga/partnera: _____

Potpis lekara: _____ Potpis embriologa: _____

Maribor, _____

Broj odmrznutih katetera za čuvanje embriona _____	Broj odmrznutih embriona _____
Broj preostalih katetera za čuvanje embriona _____	Broj preostalih embriona _____