

ЗАЯВА
на кріоконсервацію сперми, ооцитів, оваріальної тканини чи
біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові, дата народження)

паспорт: серія _____, № _____, виданий _____,

місце проживання: _____,

дом. тел.: _____, моб. тел.: _____,

e-mail: _____,

свідомо і добровільно погоджуюся провести кріоконсервацію і зберігання
(необхідне підкреслити):

сперми;

ооцитів;

оваріальної тканини;

біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка,

на строк до «_____» _____ 20____ року.

Я попереджений (попереджена), що: біологічний матеріал після кріоконсервації може стати не придатним для використання; настання вагітності при використанні розмороженого біологічного матеріалу не гарантовано.

Я попереджений (попереджена), що зберігання заморожених ембріонів здійснюється в стандартних резервуарах під цілодобовим наглядом медичних працівників закладу охорони здоров'я.

Я поінформований (поінформована) про всі наслідки, які можуть бути при проведенні ДРТ.

Я підтверджую, що уважно прочитав (прочитала) і зрозумів (зрозуміла) всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я _____,
(найменування)

про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я мав (мала) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я

отримав (отримала) відповіді, які мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури.

Я попереджений (попереджена), що для продовження строку зберігання кріоконсервованого біологічного матеріалу необхідно поновити оформлення строку зберігання. У разі зміни обставин я маю письмово повідомити про зміни умов або строків зберігання заморожених матеріалів.

Після закінчення визначеного строку зберігання кріоматеріалів зберігання їх буде припинено незалежно від причин. Я згоден (згодна), що після закінчення визначеного строку зберігання працівники закладу охорони здоров'я _____

(найменування)

мають право використовувати кріоматеріали в наукових, клінічних цілях або знищити.

(прізвище, ініціали)

(підпис)

Заяву завірено:

Керівник закладу охорони здоров'я _____

(прізвище, ініціали)

(підпис)

«__» _____ 20__ року