

**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 želeno število vitalnih zarodkov za prenos.

Število odmrznjenih slamic \_\_\_\_\_  
Število preostalih slamic \_\_\_\_\_

Število odmrznjenih zarodkov \_\_\_\_\_  
Število preostalih zarodkov \_\_\_\_\_

Podpis ženske \_\_\_\_\_ Podpis moškega \_\_\_\_\_

Podpis zdravnika \_\_\_\_\_ Podpis predstavnika laboratorija \_\_\_\_\_

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