EUROMATERNA S.A. - SPITAL PRIVAT DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
Constanţa, Str. Ştefniţă Vodă nr. 32, Tel:0241-60-55-55,0241-48-44-77,Fax:0241-60-55-56, E-mail: office@euromaterna.ro, Web: http://www.euromaterna.ro

CERERE CONGELARE SPERMA

Subsemnatul

Dl. _____

CNP: | | | | | | | | | | | | | |

Solicit efectuarea procedurii de crioconservare si stocare sperma, strict in scop reproductiv, de conservare a fertilitatii, in cadrul Compartimentului de Reproducere Umana Asistata al spitalului Euromaterna.

Echipa medicala mi-a oferit informatii si explicatii detaliate atat verbal cat si in scris (CONSIMTAMANT INFORMAT PENTRU CRIOCONSERVARE SPERMA), referitoare la riscurile, rezultatele si asteptarile reale ce ar rezulta in urma efectuarii acestei proceduri.

Am avut posibilitatea de a pune intrebari, iar unele detalii care au fost mai neclare, mi-au fost explicate de către medic si embriolog.

Mi s-au explicat riscurile, rezultatele posibile ale acestei etape şi eu declar că imi asum responsabilitatea pentru acestea.

Imi dau întregul consimţământ, neconstrans de nimeni, pentru efectuarea procedurii de crioconservare si stocare sperma în spitalul Euromaterna.

D-nul _____ **Semnatura** _____

Data: _____/_____/_____