

INFORMACJA O ZMIANIE REALIZATORA

Programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028

I. Część wypełniana przez Pacjentów

Nazwisko i imię Pacjenta/ki:

Data urodzenia:

Numer PESEL Pacjenta/ki (o ile został nadany):

Nazwisko i imię Pacjenta/ki:

Data urodzenia:

Numer PESEL Pacjenta/ki (o ile został nadany):

Nazwa i adres obecnego realizatora:

Nazwa i adres nowego realizatora:

Zostaliśmy poinformowani o kosztach transportu kriokonserwowanych oocytów do nowego realizatora i je akceptujemy (jeśli dotyczy).

Jesteśmy świadomi, iż decyzja o zmianie realizatora Programu może być podjęta nie więcej niż dwa razy.

.....

.....

Podpisy uczestników

II. Część wypełniana przez Realizatora

Czy para zakończyła cykl medycznie wspomaganej prokreacji oraz nie dysponuje niewykorzystanymi zarodkami:

☐ Tak

☐ Nie

Liczba wykorzystanych cykli wg. scenariuszy:

– Scenariusz I:

– Scenariusz II:

– Scenariusz III:

Czy para posiada kriokonserwowane oocyty w ramach Programu:

☐ Tak

☐ Nie

Uwagi:

.....

.....

Podpis lekarza