

| Identifikace organizace | |
|----------------------------------|---|
| Název organizace: | PRONATAL Repro s.r.o. |
| Identifikační údaje: | IČO: 046 14 216 |
| Statutární zástupce: | MUDr. David Karásek |
| Adresa sídla společnosti: | Antala Staška 1670/80, Krč, 140 00 Praha 4 |
| Adresa pracoviště: | Fráni Šrámka 1169/33, 370 01 Č. Budějovice |
| Kontaktní údaje: | Tel: 00420 386 354 890 Fax: 00420 387 202 737 info@pronatalrepro.cz |
| | www.pronatal.cz |

| Provozní doba | Ordinační doba |
|---|-----------------------|
| Pondělí - pátek | Pondělí - pátek |
| 7.00 – 16.00 hodin | 8.00 – 15.00 hodin |
| Sobota, neděle dle medicínských požadavků | |

| Seznam výkonů, ke kterým je vyžadován písemný souhlas pacienta |
|---|
| 1. Souhlas s léčbou neplodnosti metodou mimotělního oplodnění |
| 2. Souhlas s léčbou neplodnosti metodou ICSI |
| 3. Souhlas s kryokonzervací spermií, oocytů, embryí a úschovou |
| 4. Souhlas s provedením výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou |
| 5. Souhlas s anestezií |
| 6. Souhlas s operačním výkonem |
| 7. Souhlas s přenosem embryí po kryokonzervaci |
| 8. Souhlas s provedením intrauterinní inseminace (IUI, AID) |
| 9. Souhlas s odběrem spermií metodou MESA/TESE |
| 10. Souhlas s preimplantační genetickou diagnostikou |
| 11. Souhlas s použitím spermií dárce |
| 12. Souhlas s použitím darovaných embryí |
| 13. Souhlas s genetickým vyšetřením |
| 14. Souhlas s darováním oocytů |
| 15. Souhlas s darováním spermií |
| 16. Souhlas s vyšetřením trombofilních mutací |
| 17. Souhlas s předáním výpisu ze zdravotnické dokumentace |
| 18. Souhlas se zpracováním osobních údajů |
| 19. Žádost o zpracování spermiogramu |
| 20. Žádost o vydání kryokonzervovaného materiálu |
| 21. Prohlášení o předání ejakulátu |
| 22. Žádost o nakládání s kryokonzervovaným materiálem |
| 23. Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením |

V Praze

Dne: 21.4.2021

Mgr. K. Hrbková

Provozní ředitelka