|  |
| --- |
| **Indikace k léčbě metodami asistované reprodukce** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pacientka:** | Příjmení a jméno: |
|  | Č. pojištěnce: | Pojišťovna:  samoplátce IVF |
| **Partner:** | Příjmení a jméno: |
|  | Č. pojištěnce: | Pojišťovna:  |

|  |
| --- |
| Diagnóza ženy:Diagnóza muže:Popis indikace: |
| **Typ cyklu:** naturální cyklus IVF stimulovaný cyklus IVF kryoembryotransfer (KET) |  kryokonzervace oocytů – na vlastní žádost kryokonzervace oocytů – z onko. indikace darování oocytů |
| Typ stimulace: |
| **Další výkony:** TESE/MESA dárcovské spermie dárcovské oocyty preimplantační diagnostika (PGT)Upřesnění: |  ICSI čip pro výběr spermií prodloužená kultivace kryokonzervace embryí jiné:  |
| Plánovaný termín OPU: |
| Poznámky: |

|  |
| --- |
| Indikující lékař CRM GPK: |
| Datum: |
| Převzal/a (CRG): |