|  |
| --- |
| **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): |