

A/2. számú nyomtatvány
A Recipiens visszajelentési nyilatkozata

Szerződésszám	REHU
Donorminta azonosító	
Felhasználás helye (IVF Centrum)	
Felhasználás ideje (év, hónap, nap)	

Alulírott, _____, büntető és polgári jogi felelősségem tudatában az alábbi nyilatkozatot teszem:

A KRIO Intézet Zrt-vel mint sejtbankkal kötött megállapodás alapján az általam kiválasztott, fenti azonosító számú donor hímivarsejt **minta** (a továbbiakban: *Minta*) **felhasználására az alábbi eredménnyel került sor** a fent megnevezett IVF Centrumban:

Kérjük, hogy minden kérdésre válaszoljon! (aláhúzással vagy bekarikázással)

1. Terhesség létrejött-e?	IGEN	NEM
2. Megszakadt terhesség volt-e?	IGEN	NEM
3. Hány db fagyasztott embriója van a jelen nyilatkozat megtételekor?		
4. Terhesség esetén a szülés várható dátuma (év, hónap, nap)		
5. Gyermekek élve születése esetén a születés dátuma (év, hónap, nap)		
6. Ikerszületés történt-e?	IGEN	NEM

Tudomásul veszem, hogy a visszajelentési kötelezettségemet több alkalommal, a Minta felhasználásával történt betöltött 12. heti terhesség, a terhesség megszakadása, élve születés, illetve az utolsó fagyasztott embrió sikertelen felhasználásának megállapításától számított 8 (Nyolc) munkanapon belül kell teljesíteni a KRIO Intézet felé.

A jelen nyilatkozat kiadására a KRIO Intézet Zrt-vel sejtbanki tevékenység keretében tárolt donor hímivarsejt minta kiválasztására kötött megállapodás keretében kerül sor azzal, hogy a jelen nyilatkozat tartalma a fent megjelölt IVF Centrummal közölhető.

Kelt: _____, ____ (év) ____ (hónap) ____ (nap)

.....
Név: _____
Recipiens

.....
Név: _____
Recipiens