

Tel: 495 833 709, Fax: 495 832 003, e-mail: ukbd@fnhk.cz

Bydliště, č. telefonu

Pokud ano, jakou?

☐ Krykonzervace spermatu
(povinné vyplnění posouzení
zdravotní způsobilosti dárce)

ANO	NE
-----	----

Razítko (vč. IČZ, odbornosti) odesílajícího lékaře:

Potvrzuji zdravotní způsobilost dárce

Číslo žádanky

Datum a podpis odesílajícího lékaře:

Podpis pacienta: