



6254

NAVODILO IN POOBLASTILO ZA ODDAJO SEMENA

PRILOŽENA NAVODILA SKRBNNO PREBERITE IN IZPOLNITE.



IME IN PRIIMEK _____,

DATUM ROJSTVA _____,

NASLOV BIVANJA _____

telefon: _____

Osebna oddaja semena

Datum oddaje: _____.

Ura izliva semena: _____.

Število dni spolnega posta: _____ (vpišite število dni, ki so minili od zadnjega semenskega izliva)

Vzrok analize semena:

- a) neplodnost (*preiskave v sklopu neplodnosti para*)
- b) kontrola po vazektomiji (*pregled prisotnosti semenčic po izvedeni vazektomiji*)
- c) napotitev endokrinologa, urologa, pediatra ali drugega specialista
- d) zamrzovanje semena pred onkološkim zdravljenjem
- e) zamrzovanje semena za namen umetne oploditve (IVF)
- f) zamrzovanje semena pred vazektomijo (*samoplačniška storitev*)
- h) drugo: _____

Številka in vrsta osebnega dokumenta: _____

V primeru, da vzorca ne oddate osebno, izpolnite pooblastilo na hrbtni strani tega navodila.

Podpis pacienta: _____

Datum in ura: _____

IZPOLNI ZDRAVSTVENA ADMINISTRACIJA:

Pregled dokumenta, datum in ura: _____

Podpis: _____

IZPOLNI ANDROLOŠKI LABORATORIJ:

Prezem vzorca, datum in ura: _____

Podpis: _____



6254

NAVODILO IN POOBLASTILO ZA ODDAJO SEMENA

POOBLASTILO



Spodaj podpisani _____ pooblaščaj

(ime in priimek)

_____,

(ime in priimek (pooblaščen osebe))

številka in vrsta osebnega dokumenta (pooblaščen osebe) _____,

za oddajo semena v Androloški laboratorij Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Seme se oddaja izključno za namen analize kakovosti semena (spermioogram), ne pa tudi za namen zamrzovanja semena. V primeru zamrzovanja semena se mora pacient osebno zglasiti v Androloškem laboratoriju.

Podpis pacienta: _____

Podpis pooblaščen osebe: _____

Datum in ura: _____