

### INFORMACJA O ZMIANIE REALIZATORA

*Programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028*

#### I. Część wypełniana przez Pacjentów

Nazwisko i imię Pacjenta/ki: .....

Data urodzenia: .....

Numer PESEL Pacjenta/ki (o ile został nadany): .....

Nazwisko i imię Pacjenta/ki: .....

Data urodzenia: .....

Numer PESEL Pacjenta/ki (o ile został nadany): .....

Nazwa i adres obecnego realizatora: .....

Nazwa i adres nowego realizatora: .....

Zostaliśmy poinformowani o kosztach transportu kriokonserwowanych oocytów do nowego realizatora i je akceptujemy (jeśli dotyczy).

Jesteśmy świadomi, iż decyzja o zmianie realizatora Programu może być podjęta nie więcej niż dwa razy.

.....

.....

Podpisy uczestników

#### II. Część wypełniana przez Realizatora

Czy para zakończyła cykl medycznie wspomaganej prokreacji oraz nie dysponuje niewykorzystanymi zarodkami:

Tak

Nie

Liczba wykorzystanych cykli wg. scenariuszy:

– Scenariusz I: .....

– Scenariusz II: .....

– Scenariusz III: .....

Czy para posiada kriokonserwowane oocyty w ramach Programu:

Tak

Nie

Uwagi:

.....

.....

Podpis lekarza