

Žádost o intrauterinní inseminaci¹

Titul, jméno, příjmení žadatelky:

Rodné číslo: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Bydliště: _____

Titul, jméno, příjmení žadatele:

Rodné číslo: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Bydliště: _____

Žádáme o intrauterinní inseminaci, ve smyslu § 6, odst. 1) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v platném znění².

V _____, dne _____
Podpis žadatelky

Totožnost ověřena dle občanského průkazu nebo pasu číslo: _____

V _____, dne _____
Podpis žadatele

Totožnost ověřena dle občanského průkazu nebo pasu číslo: _____

¹ Žádost neplodného páru nesmí být starší než 6 měsíců; je součástí zdravotnické dokumentace vedené o ženě.

² V případě, že se jeden z partnerů nemůže dostavit do MMN, a.s. a podepsat zde před lékařem žádost, je nutné nechat podpis úředně ověřit.