

### Запрос на оказание услуг

Организация, город \_\_\_\_\_  
№ договора \_\_\_\_\_  
ФИО пациента, возраст \_\_\_\_\_  
ФИО партнера, возраст \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_

Вид запрашиваемых медицинских услуг (нужное отметить):

#### 1. Преимплантационное генетическое исследование:

- ПГД-консультирование;  
 ПГД хромосомных аномалий  
 ПГД хромосомных аномалий методом NGS;  
 ПГД моногенных заболеваний.

Предполагаемый срок проведения биопсии \_\_\_\_\_

Предполагаемый срок отправки биоматериала \_\_\_\_\_

Предполагаемый вид цикла:

- Свежий;  
 Замороженный;  
 Замороженный с накоплением эмбрионов.

Требуются ли услуги по выезду эмбриолога? да / нет

Если «да», то по адресу: \_\_\_\_\_

#### 2. Прочие медицинские услуги:

- Медико-генетическая консультация;  
 Панель «Подготовка к беременности»  
 Панель «Женская\мужская фертильность»  
 Неинвазивный пренатальный тест Prenetix;  
 Консультация по подбору донора спермы;  
 Другие услуги: \_\_\_\_\_ (код услуги).

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_  
/эмбриолога, подпись \_\_\_\_\_

МП

#### Подписи Сторон:

От Заказчика: \_\_\_\_\_ / ( \_\_\_\_\_ )  
М.П.

От Исполнителя: Богуславский Д.Э. / ( \_\_\_\_\_ )  
М.П.

