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 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.