

LA  
BANCA  
DA DOVE  
INIZIA  
TUTTO

**RICHIESTA DI CESSIONE DI SEME CONGELATO DI DONATORI CON FINI REPRODUTTIVI**

Data: Giorno  Mese  Anno

**CLINICA/CENTRO IN CUI SI REALIZZERÀ IL TRATTAMENTO**

Nome:   
Indirizzo:   
E-mail:

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome:   
Telefono di contatto:   
E-mail:

**DATI DELLA RECETRICE**

Codice identificativo del paziente:   
Età della ricevente:   
Razza della ricevente:   
Gruppo sanguigno ricevente:   
RH ricevente:   
Colore pelle della ricevente:   
Colore capelli della ricevente:   
Tipo di capelli della ricevente:   
Colore occhi della ricevente:   
Altezza ricevente:   
Peso ricevente:   
Antecedenti ostetrici:

**DATI DELLA COPPIA (SI HA)**

Età del partner:   
Razza del partner:   
Gruppo sanguigno partner:   
RH del partner:   
Colore pelle del partner:   
Colore capelli del partner:   
Tipo di capelli del partner:   
Colore occhi del partner:   
Altezza del partner:   
Peso partner:

Numero di pailletes di seme per questa coppia:

Matching genetico: Si  No  Se ha selezionato il SI, deve sapere che la coppia dovrà realizzare lo studio genetico nella Clinica Ginemed o nei laboratori che le indicheremo. Il matching genetico ha un costo aggiuntivo.

Commenti (Caratteristiche speciali/tecnica di vitrificazione speciale):

Trasporto a carico della banca di ovuli di Ginemed: Si  No

Tipo di trattamento: