

**SAMTYKKE-ERKLÆRING
TIL OPTØNING AF NEDFROSNE ÆG**

Jeg _____

giver hermed samtykke til, at mine nedfrosne æg kan optøs og anvendes i behandlingen af min barnløshed.

Jeg bekræfter, at jeg har fået en grundig mundtlig og skriftlig information om de enkelte trin i ægtransplantationsbehandlingen, herunder også de etiske aspekter, samt om de bivirkninger og risici, som i sjældne tilfælde kan være forbundet med behandlingen.

Med min underskrift giver jeg tilladelse til, at der må videregives oplysninger fra en graviditetsskanning til egen læge.

Erklæringen er gyldig i 6 mdr. fra underskrift og gælder for alle behandling med oplægning af optøede æg i den periode.

Dato

Kvindens underskrift

Kvindens cpr.nr. / fødselsdato