

SAMTYKKE-ERKLÆRING ÆGTRANSPLANTATIONSBEHANDLING

Undertegnede par anmoder herved **Maigaard Fertilitetsklinik** om, at der i behandlingen af vor barnløshed foretages kunstig befrugtning.

Vi bekræfter, at vi har fået en grundig mundtlig og skriftlig information om de enkelte trin i ægtransplantationsbehandlingen samt om de bivirkninger og risici, som i sjældne tilfælde kan være forbundet med behandlingen.

Vi erklærer hermed, at ...

- **vi er gift** (kopi af vielsesattest) - **vi lever i et ægteskabslignende forhold og erkender hermed forældreskab, der indebærer pligt til at forsørge barnet til det 18. år. Barnet har ret til at bære forældrenes navn og vil have arveret efter forældrene.**

Med vores underskrifter bekræfter vi, at vi ikke er genetisk nært beslægtede (fx fætter/kusine).

Hvis der er overskydende, befrugtede æg, ønsker vi disse:

Destrueret **Nedfrosset**

I tilfælde af partners død, ønsker vi

Destruktion af æg - **at kvinden må anvende de/det befrugtede æg**
Destruktion af sædstrå/donorstrå - **at kvinden må anvende sædstrå/donorstrå**

Vi erklærer hermed, at vi ønsker...

- **1 behandling** - **kontrakt på 3 behandlinger** kvindens alder max. 43 år
- **kontrakt på 4 behandlinger** kvindens alder max. 39 år

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

Nærværende samtykkeerklæring er gældende så længe kvinden og partneren er i behandling her på klinikken som par. Såfremt behandling indebærer anvendelse af donorsæd, underskrives tillige en *donorerklæring*.

Vores persondatapolitik kan findes på www.maigaard.dk/fertilitetskliniken/privatlivspolitik

Dato

Kvindens underskrift

Kvindens cpr.nr. / fødselsdato

Partners underskrift

Partners cpr.nr. /fødselsdato