

## SAMTYKKE TIL IVF-/ICSI- ELLER ICSI/TESE-BEHANDLING

Patient:  
Cpr.nr./fødselsdag \_\_\_\_\_  
Navn \_\_\_\_\_

Partner:  
Cpr.nr./fødselsdag \_\_\_\_\_  
Navn \_\_\_\_\_

Vi anmoder herved **Maigaard Fertilitetsklinik A/S** om at udføre assisteret reproduktion i forbindelse med vores behandling mod barnløshed.

Vi bekræfter hermed, at vi har modtaget mundtlig og skriftlig information om alle trin i behandlingen samt om de mulige bivirkninger og risici, der kan opstå i sjældne tilfælde.

### Forståelse og erklæring

Vi erklærer, at:

- Vi er gift  Vi lever i et ægteskabslignende forhold og forpligter os til at forsørge barnet til det fyldte 18. år

Barnet har ret til at bære vores efternavn og vil have arveret efter begge forældre.  
Vi bekræfter med vores underskrifter nederst, at vi ikke er genetisk nært beslægtede (fx fætter/kusine).

### Håndtering af æg og sæd/donorstrå

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

- Destrueret  Nedfrosset

I tilfælde af partnerens død, ønsker vi:

- destruktion af æg  at kvinden må anvende det/de befrugtede æg  
 destruktion af sæd/donorstrå  at kvinden må anvende sædstrå/donorstrå

### Valg af behandlingsplan

Vi ønsker følgende behandlingsmulighed:

- 1 behandling  Kontrakt (kvinden max 43 år) *Kontrakt eftersendes.*

### Tilladelse og databehandling

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

Samtykkeerklæringen er gyldig, så længe vi som par er i behandling hos **Maigaard Fertilitetsklinik**.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Kvindens underskrift

\_\_\_\_\_

Partners underskrift

Klinikken persondatapolitik kan læses på: [www.maigaard.dk/fertilitetsklinikken/privatlivspolitik](http://www.maigaard.dk/fertilitetsklinikken/privatlivspolitik)