

RETURNERES  
UNDERSKREVET

## SAMTYKKE TIL IVF- ELLER ICSI-BEHANDLING

Patient:

Cpr.nr./fødselsdag: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Jeg anmoder herved Maigaard Fertilitetsklínik A/S om at udføre assisteret reproduktion i forbindelse med min behandling mod barnløshed.

Jeg bekræfter hermed, at jeg 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

Jeg er indforstået med at barnet/børnene har ret til at bære mit efternavn og vil have arveret efter mig.

### Håndtering af æg og sæd/donorstrå

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

Destrueret

Nedfrosset

### Valg af behandlingsplan

Jeg ønsker følgende behandlingsmulighed:

1 behandling

Kontrakt (kvinden max 43 år) *Kontrakt eftersendes.*

### Tilladelse og databehandling

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

Samtykkeerklæringen er gyldig, så længe jeg er i behandling hos Maigaard Fertilitetsklínik.

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Kvindens underskrift

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