

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

Vi _____ og _____
Kvindens navn Partners navn

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

Vi erklærer hermed, at ...

- vi er gift

**- 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 underskrift giver vi 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 behandlinger med oplægning af optøede æg i den periode.

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

Dato

Kvindens underskrift

Kvindens cpr.nr. / fødselsdato

Partners underskrift

Partners cpr.nr. /fødselsdato