

## SAMTYKKE-ERKLÆRING ÆGTRANSPLANTATIONSBEHANDLING

Undertegnede anmoder herved **Maigaard Fertilitetsklinik** om, at der i behandlingen af min barnløshed foretages kunstig befrugtning med anvendelse af donorsæd.

Jeg bekræfter, at jeg 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.

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

**Destrueret**

**Nedfrosset**

---

Jeg erklærer hermed, at jeg ønsker...

- **1 behandling**

- **kontrakt på 3 behandlinger**   
max. 43 år

- **kontrakt på 4 behandlinger**   
max. 39 år

---

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

Nærværende samtykkeerklæring er gældende så længe kvinden er i behandling her på klinikken i et sammenhængende forløb.

Som følge af, at behandlingen medfører anvendelse af donorsæd, underskrives tillige en *donor-erklæring*.

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

---

Dato

---

Kvindens underskrift

---

Kvindens cpr.nr./fødselsdato