



SAMTYKKE TIL FERTILITETSBEHANDLING

SAMTYKKEERKLÆRINGEN ER GÆLDENDE SÅ LÆNGE KVINDEN/PARRET
ER I BEHANDLING PÅ KLINIKKEN

Det kan oplyses, at § 23 i Kunstig Befrugtningslov har følgende ordlyd:

§23. Før behandling med kunstig befrugtning indledes, skal der indhentes skriftligt samtykke til behandlingen fra kvinden og fra dennes eventuelle ægtefælle eller partner. Den behandlende læge skal påse, at samtykket fortsat er gyldigt, når behandlingen påbegyndes.

Stk. 2. Samtykket kan kun afgives på baggrund af en skriftlig og mundtlig information om behandlingens virkninger og bivirkninger, herunder risici i forbindelse med behandlingen. Informationen skal endvidere omfatte information om adoption.

Undertegnede anmoder hermed Speciallægeklinikken *Gynækologi og Fertilitet på Vesterbro* om, at der i behandlingen af vores/min barnløshed foretages insemination.

Vi/jeg bekræfter at have fået grundig mundtlig og skriftlig information om behandlingen, herunder om chancen for at opnå graviditet og fødsel og om de bivirkninger og risici, som kan være forbundet med behandlingen, blandt andet risikoen for flerfoldgraviditet. Vi/jeg er klar over, at adoption kan være et alternativ til behandling med assisteret befrugtning.

Kvindens navn

CPR-nummer

Dato og underskrift

Hvis kvinden har en partner, skal partneren give sit samtykke til behandlingen og acceptere faderskabet eller medmoderskabet.



Det kan oplyses, at § 27 i Børneloven har følgende ordlyd:

§ 27. Er en kvinde blevet behandlet med assisteret reproduktion af en sundhedsperson eller under en sundhedspersons ansvar anses hendes ægtefælle, registrerede partner eller partner som barnets far eller medmor, hvis denne har givet samtykke til behandlingen og barnet må antages at være blevet til ved denne, jf. dog §27a, stk. 1. Samtykket skal være skriftligt og indeholde en erklæring om, at manden skal være barnets far, eller at kvinden skal være barnets medmor.

Stk. 2. Samtykke som nævnt i stk. 1 skal være skriftlig og indeholde en erklæring om, at manden skal være barnets far, eller at kvinden skal være barnets medmor.

Undertegnede (partner) giver hermed mit samtykke til, at min ægtefælle/partner bliver insemineret af en læge, eller under en læges ansvar, og jeg erklærer samtidig, at jeg skal være far/medmor til barnet/børnene, som bliver til ved denne behandling, jf. børnelovens § 27:

Partners navn

CPR-nummer

Dato og underskrift

Vi/jeg accepterer, at relevante oplysninger om tidligere undersøgelser og behandlinger eventuelt kan indhentes fra andre klinikker, hospitaler og tilsvarende. Vi/jeg accepterer ligeledes, at personlige informationer indsamles, registreres og opbevares i forbindelse med behandlingen. Informationer håndteres i henhold til GDPR. Vi/jeg accepterer, at informationer, der opbevares og registreres i forbindelse med behandlingen, kan udveksles mellem *Speciallægeklinikken Gynækologi og Fertilitet* og *Fertilitetsklinikken Vitanova*.

Dato

Kvindens underskrift

Partnerens underskrift