

Samtycke vid behandling med nedfrysta/upptinade embryon

Härmed godkänner jag att embryon som tinats upp återförs till min partner.

Datum:

Namnteckning:	Personnummer:
Namnförtydligande	
Partners namn:	Personnummer:

Godkännandet innebär att:

- Jag samtycker enligt föräldrabalken (1 kap. 8,9 och 14 §) till att anses som förälder till det barn som kommer till genom assisterad befruktning enligt ovan.
- För barn till ett sammanboende par, fastställs föräldraskapet genom bekräftelse hos socialnämnden (föräldrabalken 1 kap. 3§).

Notera att:

- Det är inte tillåtet att utföra frysåterförandet utan samtycke (enligt Socialstyrelsens föreskrifter).
- Det påskrivna samtycket måste finnas på kliniken senast i samband med ultraljudet.
- Samtycket gäller endast för ett återförande.

ID-kontroll och samtycket mottaget:

Datum:	Namnteckning:
	Namnförtydligande: