

---

## Samtycke vid behandling med donerade spermier, ensamstående kvinna

Namn: ..... Personnummer: .....

Folkbokföringsadress: .....

### Härmed samtycker jag till nedanstående

- Jag är ensamstående vilket innebär en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo.
- Jag är medveten om att jag genom mitt samtycke anses som ensamstående förälder till det/de barn som kommer till genom den assisterade befruktningen.
- Spermier från en donator som avlidit får inte användas för befruktning.
- Faderskap eller föräldraskap behöver inte fastställas om jag som ensamstående genomgår en insemination eller provrörsbefruktning enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet, om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har tillkommit vid behandlingen.
- Ett barn som tillkommit genom behandling med donerade spermier har, när hen nått tillräcklig mognad, rätt att ta del av de uppgifter om donatorn som antecknats i en särskild journal (enligt lagen om genetisk integritet).

**Med underskriften intygar jag att jag läst ovanstående information och förstått dess innebörd och konsekvenser samt godtagit dessa.**

Ort och datum

Namnteckning

### Läkarens signatur

Jag har tagit del av ovanstående samtycke

Ort och datum

Namnteckning och namnförtydligande