

Samtycke till behandling med donerade spermier till ensamstående

Namn:	Personnummer:
Folkbokföringsadress:	

Behandlingen sker på Livio Fertilitetscentrum (fyll i ort) _____

Jag samtycker till följande

- Jag är ensamstående och med ensamstående kvinna menas 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 barn som kommer genom den assisterade befruktningen.
- Spermier från en avliden donator får inte användas för befruktning.
- Faderskap eller föräldraskap behöver inte fastställas om jag som ensamstående genomgår en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet mm, om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har tillkommit genom behandlingen.
- Barnet som tillkommit genom behandling med donerade spermier har när det nått tillräcklig mognad, rätt att ta del av de uppgifter om donatorn som antecknats i en särskild journal(enligt lagen om genetisk integritet mm).

Ort och datum:
Namnteckning:

Läkares signering

Jag har tagit del av ovanstående samtycke

Ort och datum:
Namnteckning och namnförtydligande:
Tjänsteställe:

Samtycket återkallas: _____
Datum

Signatur