



Samtycke till tining och återföring av frysförvarade embryon

Härmed samtycker jag till att vårt/ våra embryon efter tining får återföras till min kvinnliga partner.

Kvinnans namn

Kvinnans personnummer

- Jag är medveten om att jag genom mitt samtycke anses som far/förälder till det barn som kommer till genom den assisterade befruktningen (1kap. 8§ & 9§ föräldrabalken).
- För barn till ett par som är sambor fastställs fader-/föräldraskapet genom bekräftelse hos socialnämnden (1kap. 3§ första stycket föräldrabalken).

Datum

Partners personnummer

Partners namnteckning

Namnförtydligande

Detta samtycke måste skrivas under och lämnas till kliniken **innan** embryotining kan ske. Behandlingen får annars inte genomföras, enligt socialstyrelsens bestämmelser.
Samtycket gäller endast en embryoåterföring.

Viktig information

Om partner inte kan vara närvara vid embryoåterföringen, måste partnern komma till Eliva Clinic, legitimera sig och skriva under samtycket senast dagen före planerad behandling, alternativt samtycka via 1177. Signerat samtycke är giltigt högst 1 månad.

.....

Ifylls av legitimerad personal:

Jag har tagit emot samtycket.

ID- kontroll

Elektronisk signatur

Datum

Namnteckning