

Samtycke till behandling med donerade spermier till ensamstående

Namn:	Personnummer:
Folkbokföringsadress:	

Gäller klinik: _____

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 blir till genom den assisterade befruktningen.
- Om befruktning sker utanför kroppen (IVF) måste ägget vara mitt eget genetiska ägg.
- Spermier från en avliden donator får inte användas för befruktning.
- Fadernskap 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.
- Ett barn som tillkommit genom behandling med donerade spermier har, när hon/han 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: