LIVIO
Fertilitetscentrum

Godkännande av behandling med frysförvarade embryon (vidimering)

Härmed godkänner jag att vårt eller våra embryon efter tining återförs till min partner.

Min partners personnummer	Min partners namn

- Jag är medveten om att jag genom mitt samtycke anses som förälder till det barn som kommer till genom den assisterade befruktningen (1 kap. 8, 9 och 14 §§ föräldrabalken).
- För barn till ett par som inte omfattas av 1 kap. 1 § föräldrabalken fastställs föräldraskapet genom bekräftelse hos socialnämnden (1 kap. 3 § första stycket föräldrabalken).

Mitt personnummer	Namnförtydligande
Datum	Min namnteckning

Vänligen observera:

- Ett påskrivet samtycke måste finnas på kliniken senast dagen innan planerat återförande.
- Enligt Socialstyrelsens bestämmelser får inte ett frysåterförande utföras utan samtycke.
- Vid vidimering får de som bestyrker riktigheten av mitt samtycke inte vara släkt med mig.
- Detta samtycke gäller enbart ett återförande.

Detta samtycke vidimeras av två personer och lämnas in tillsammans med en kopia av min ID-handling.

Jag har bevittnat påskriften av detta samtycke. Jag bestyrker riktigheten av ovan underskrift.

Personnummer	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning

Jag har bevittnat påskriften av detta samtycke. Jag bestyrker riktigheten av ovan underskrift.

Personnummer	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning

För Livio Fertilitetscentrums personal

Jag har mottagit samtycket ❑ ID-kontroll utförd

Datum	Namnteckning
Klinik	Namnförtydligande