

Samtycke till behandling med donerade spermier till ensamstående

Namn:	Personnummer:
Folkbokföringsadress:	

Behandlingen sker på Livio (fyll i klinik) _____

Jag är medveten om att

- Med detta samtycke anses jag som ensamstående förälder till eventuella barn som tillkommer genom behandling med donerade könsceller.
- Inför varje donationsbehandling kontrolleras att donatorn fortfarande är i livet. Könsceller från en avliden donator får inte användas för befruktning¹
- Donatorn kan återkalla sitt samtycke fram tills att befruktning skett.
- Barn som tillkommit genom behandling med donerade könsceller har, när de uppnått tillräcklig mognad, rätt att ta del av de uppgifter om donatorn som antecknats i en särskild journal.²
- Donatorn har vare sig juridiska rättigheter eller skyldigheter mot eventuellt kommande barn.

Jag bekräftar att jag är ensamstående, d.v.s. ej gift, registrerad partner eller sambo.³

Jag har erhållit muntlig information och haft möjlighet att ställa frågor.

Jag har tagit del av ovanstående information och förstår innebörden av den.

Jag samtycker till behandling med donerade könsceller enligt ovanstående villkor.

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Läkarens signatur: En bekräftelse att ovanstående samtycke mottagits av Livio.

Datum	Namnteckning
Tjänsteställe	Namnförtydligande

Hänvisningar i texten ovan:

1. vid insemination kap 6 §4, vid IVF kap 7 §6. lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.
2. vid insemination: 6 kap. 5 §, vid IVF 7 kap. 7§. lagen (2006:351) om genetisk integritet mm.
3. 1 kap. 3 § SOSFS 2009:32.

Livio behandlar personuppgifter som behövs för att ge er en säker vård enligt det ni avtalat med oss. Detta inkluderar exempelvis personnummer, kontaktuppgifter och medicinsk journal. Se fullständig text på Livios hemsida.