

Samtycke/kontrakt för nedfrysning av äggceller

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress, inklusive postnummer och postort	

Jag har enligt egen önskan och i samråd med läkare vid Livio _____ (fyll i klinik) beslutat att tillvarata mina äggceller för nedfrysning och förvaring.

Jag är medveten om

- de medicinska risker som finns och de biverkningar som kan uppstå vid en IVF-behandling (både för mig och det/de barn jag eventuellt får).
- att jag, när som helst, kan avbryta frysförvaringen begära att mina äggceller tinas och destrueras alternativt doneras till forskning/utvecklingsarbete. Enligt svensk lag får mina könsceller ej användas efter min död.
- att befruktning av tinade äggceller sker med mikroinjektion (ICSI).
- att inga garantier kan ges för att mina äggceller överlever nedfrysning och/eller upptining, blir befruktade efter tining, utvecklas till återförbara embryon eller ger upphov till graviditet.
- att upptining, befruktning och embryoåterförande ej kan ske efter det att jag har fyllt 46 år, eventuellt individuellt ställningstagande efter 46 år fyllda.
- att nya regelverk från myndigheter kan komma att ändra på villkoren för behandling, t ex angående frysförvaringstid eller åldersgränser. Livio förbehåller sig rätten att tina och destruera mina äggceller om frysförvaringen ej överensstämmer med ny lagstiftning.
- att fakturan för uttag och nedfrysning av mina äggceller måste vara betald innan ägguttaget. Det första årets frysförvaring ingår i nedfrysningsavgiften.
- från år två kommer jag att årligen få en frysförvaringsfaktura, enligt var tids gällande prislista, till adressen jag angett ovan. Livio har rätt att tina och destruera mina äggceller om jag inte betalar den årliga frysförvaringsavgiften senast två (2) månader efter påminnelse.
- jag ansvarar för att Livio har mina aktuella kontaktuppgifter. I värsta fall kan inaktuella uppgifter leda till att faktura och påminnelse inte når mig och att Livio därför tinar och destruerar mina äggceller i enlighet med ovan.
- jag, om jag vill överföra mina frysförvarade äggceller till en annan vävnadsinrättning, själv står för kostnaderna för detta.
- att Livio, i händelse av att verksamheten läggs ner, kommer att vidta alla rimliga åtgärder för att överföra förvaringen av mina äggceller till en annan klinik inom Livio-gruppen eller, om sådan klinik ej finns, till en annan klinik. En klinik till vilken förvaringen av mina äggceller eventuellt överförs, kan tillämpa andra priser och villkor för frysförvaring.

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 att mina äggceller frysförvaras av Livio enligt ovanstående villkor.

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

Läkarens signatur: En bekräftelse att ovanstående samtycke mottagits av Livio

Datum	Namnteckning
Tjänsteställe	Namnförtydligande

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