

## Samtycke/kontrakt för nedfrysning av spermier

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 spermier för nedfrysning och förvaring.

### Jag är medveten om att

- jag, när som helst, kan avbryta frysförvaringen begära att mina spermier tinas och destrueras alternativt doneras till forskning/utvecklingsarbete. Enligt svensk lag får mina spermier ej användas efter min död.
- inga garantier kan ges för att befruktning dugliga spermier återfinns efter upptining eller för att de spermier som överlevt frysförvaringen ger upphov till befruktade, återförbara embryon eller graviditet.
- 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 spermier om frysförvaringen ej överensstämmer med ny lagstiftning.
- det första årets frysförvaring av mina spermier 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 spermier om jag inte betalar 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 spermier i enlighet med ovan.
- jag, om jag vill överföra mina frysförvarade spermier 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 spermier till en annan klinik inom Livio-gruppen eller, om sådan klinik ej finns, till en annan klinik. En klinik till vilken förvaringen av mina spermier 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 spermier frysförvaras av kliniken enligt ovanstående villkor.

Datum	Namnsteckning
-------	---------------

### Klinikens signatur (namn och titel)

En bekräftelse att ovanstående samtycke mottagits av Livio

Datum	Namnsteckning
Tjänsteställe	Namnförtydligande + titel

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.