

Samtycke/kontrakt för nedfrysning av äggceller

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress, postnummer och postort	

Gäller klinik: _____

Jag är medveten om;

- att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke och begära att mina äggceller tinas och destrueras alternativt doneras till forskning/utvecklingsarbete.
- 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 upptining, befruktning och embryoåterförande ej kan ske efter det att jag fyllt 45 år.
- att befruktning av mina äggceller som varit nedfrysade kommer att ske med mikroinjektion (ICSI).
- Att Livio Fertilitetscentrum **inte** kan garantera att mina äggceller överlever nedfrysning och/eller upptining, att befruktning av upptinade äggceller kommer att ske eller att ett befruktningsförsök kommer att resultera i en graviditet.
- att nya lagar och förordningar samt föreskrifter från föreskrivande myndigheter kan komma att ändra på villkoren för behandling, t ex angående frysförvaringstid eller åldersgränser. Livio Fertilitetscentrum förbehåller sig rätten att tina och destruera mina äggceller om den typ av frysförvaring av äggceller för egen användning som samtycket omfattar ej överensstämmer med ny lagstiftning.
- att fakturan för uttag och nedfrysning av mina äggceller måste vara betald innan ägguttaget.
- att ett års förvaring av mina äggceller ingår i den nedfrysningsavgift jag betalar och att Livio Fertilitetscentrum därefter årligen kommer att fakturera mig en frysförvaringsavgift genom att skicka en faktura till av mig ovan angiven adress och att Livio Fertilitetscentrum har rätt att tina och destruera mina äggceller om jag inte betalar den årliga frysförvaringsavgiften senast två (2) månader efter påminnelse. Den årliga frysförvaringsavgiften framgår av i enlighet med, vid var tids, gällande prislista.
- att Livio Fertilitetscentrum endast har möjligheten att befrukta mina äggceller med donatorsspermier på kliniken i Umeå. De övriga klinikerna har enligt nuvarande lagstiftning endast möjlighet att befrukta mina ägg med min partners spermier.
- att jag om jag vill överföra mina frysförvarade äggceller till en annan klinik för användning (enligt gällande direktiv), själv ska stå för kostnaderna för detta. Socialstyrelsens direktiv gäller.
- att Livio Fertilitetscentrum, 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 Liviokoncernen eller, om sådan koncernklinik ej finns, till en annan klinik

Samtycke/kontrakt för nedfrysning av äggceller

som jag anvisar. En klinik till vilken förvaringen av mina äggceller eventuellt överförs, kan tillämpa andra priser och villkor för frysförvaring.

- att jag måste hålla mina kontaktuppgifter ovan uppdaterade genom meddelande till Livio Fertilitetscentrum. I värsta fall kan inaktuella uppgifter leda till att faktura och påminnelse inte når mig och att Livio Fertilitetscentrum därför tinar och destruerar mina äggceller i enlighet med ovan.

Jag har tagit del av ovanstående information och förstår innebörden av den. Jag samtycker till att mina äggceller får frysförvaras av Livio Fertilitetscentrum på ovanstående villkor.

Datum	Namnteckning
Personnummer	Namnförtydligande

Läkarens signering

Jag har tagit del av ovanstående samtycke

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
Tjänsteställe	Telefon (inkl. riktnummer)

Återkallelse av samtycke

Jag återkallar mitt ovan givna samtycke

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

Läkarens signering av återkallelsen

Jag har fått kännedom att samtycket återkallats

Skriftligen Muntligen

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
Tjänsteställe	Telefon (inkl. riktnummer)

Samtycke/kontrakt för nedfrysning av äggceller