
Kvindens navn og cpr.nr. BLOKBOGSTAVER

Fertilitetsklinikken

Sjællands Universitetshospital i Køge

Underskriftformular til kvinder i behandling for barnløshed

I forbindelse med min behandling for barnløshed på Fertilitetsklinikken, Sjællands Universitetshospital, Køge, erklærer jeg at være mundtligt og skriftligt orienteret om den planlagte behandling for ufrivillig barnløshed. Jeg er ligeledes orienteret om de bivirkninger og risici (herunder blødning, infektion, graviditet udenfor livmoderen, overstimulation, blodpropper og flerfoldsgraviditet), som kan være forbundet med den planlagte behandling. Såfremt den planlagte behandling ikke fører til det ønskede resultat, vil jeg under behandlingsforløbet løbende blive orienteret om andre behandlingsmuligheder. Jeg er endvidere blevet orienteret om, at adoption er en mulighed.

Dato:

Kvindens navn og underskrift _____

Samtykke vedr. undervisning/forskning:

Undertegnede, som er under udredning og behandling for ufrivillig barnløshed ved Fertilitetsklinikken, Sjællands Universitetshospital, Køge, giver hermed tilladelse til, at blodprøver, væske fra ægblærer, abnorme æg og æg, som alligevel skal destrueres, kan anvendes af Fertilitetsklinikken i undervisnings- og forskningsøjemed med henblik på at forbedre behandlingen af barnløshed.

Det skal understreges, at dine æg aldrig vil blive brugt til behandling af andre par.

Kvinden:

Dato:

Underskrift:
