

SAMTYKKEERKLÆRING

INSEMINATION MED DONORSÆD

Undertegnede anmoder hermed Fertilitetsklinik IVF-SYD om, at der i behandlingen af min/vores barnløshed foretages insemination med anvendelse af donorsæd.

Hvis jeg/vi har valgt anonym donorsæd, er jeg/vi indforstået med, at donors anonymitet bevares og at valget af donor overlades til klinikken.

Jeg/vi har fået oplyst og accepterer, at der ved behandlingen er øget risiko for flerfoldsgraviditet. Jeg/vi er informeret om den meget lille risiko for blodpropper i forbindelse med evt. hormonbehandling samt infektion i underlivet. Endvidere er jeg/vi informeret om, at svær overvægt kan give alvorlige risici for komplikationer ifm. en graviditet for både mor og barn, hvorfor Fertilitetsklinik IVF-SYD ikke tilbyder behandling, hvis kvindens BMI er 35 eller derover.

Jeg/vi er informeret om at;

- 1) det ikke er muligt at teste sæddonor for alle genetiske sygdomme, og at jeg/vi er forpligtede til at kontakte Fertilitetsklinik IVF-SYD, hvis et barn bliver født med eller senere får en sygdom, der kan relateres til donor. Dette gælder også ved sæd, der ikke er købt hos os.
- 2) fertilitetsklinikken ikke kan gøres ansvarlig for resultatet af eller følger af inseminationen, udover hvad der måtte følge af dansk rets almindelige regler om lægers ansvar for fejl og forsømmelser.

Jeg/vi er ligeledes opmærksomme på, at der på et senere tidspunkt kan fremkomme oplysninger om arvelig sygdom hos donor. Dette kan ske mange år efter donationen, da nogle arvelige sygdomme først viser sig sent i donors liv. Såfremt min/vores behandling med brug af donorsæd resulterer i fødsel af barn, og der hos donor fremkommer oplysninger, der i henhold til Styrelsen for Patientsikkerheds gældende regler medfører blokering af donor, vil jeg/vi blive underrettet frem til barnet fylder 18 år. Når barnet fylder 18 år, vil det principielt kunne blive kontaktet direkte.

Når der er en partner

Jeg (partner) giver samtykke til, at min ægtefælle/partner bliver insemineret med anvendelse af donorsæd af en læge eller under en læges ansvar og samtidig, at jeg påtager mig forældre-forpligtelsen for barnet/børnene, som bliver til ved denne behandling, jf. børnelovens § 27.

Loven foreskriver, at klinikken skal indgå kontrakt med andet vævscenter i tilfælde af, at Fertilitetsklinik IVF-SYD skulle lukke. Fertilitetsklinik IVF-SYD har indgået kontrakt med Maigaard Fertilitetsklinik, Århus, og al behørig dokumentation i forbindelse med min/vores behandling vil således blive overført til dem.

Jeg/vi er ligeledes bekendt med Fertilitetsklinik IVF-SYD's privatlivspolitik (se hjemmeside, vedlagte dokument eller dokumentet "Privatlivspolitik", som forefindes i venteværelset).

Hvis behandlingen skulle medføre levedygtig graviditet, er jeg/vi forpligtede til at melde tilbage til Fertilitetsklinik IVF-SYD om fødsel og information om barnet/børnene. Skema til udfyldelse forefindes på klinikkens hjemmeside.

Dato

Kvindens cpr. nr.

Evt. partners cpr. nr.

Kvindens underskrift

Evt. partners underskrift

Vidnets/lægens underskrift