

SAMTYKKEERKLÆRING

IVF-BEHANDLING MED ANVENDELSE AF DONORSÆD

Undertegnede anmoder hermed Fertilitetsklinik IVF-SYD om, at der i behandlingen af min/vores barnløshed foretages assisteret befrugtning med anvendelse af donorsæd. Jeg/vi bekræfter at have fået grundig mundtlig og skriftlig information om alle detaljer i IVF-behandlingen, herunder også de bivirkninger og risici (blødning, infektion og overstimulationssyndrom), som kan være forbundet med behandlingen. Jeg/vi er ydermere informeret om den meget lille risiko for blodpropper i forbindelse med hormonbehandling samt de forskellige kontrakter. Jeg/vi er ligeledes bekendt med Fertilitetsklinik IVF-SYD's privatlivspolitik (findes på hjemmesiden, samt i den udleverede mappe).

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

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 fertilitetsklinikken, 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 eller følger af behandlingen 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 modtager IVF-behandling 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.

Hvis der er overskydende, befrugtede æg i forbindelse med behandlingen, ønsker jeg/vi disse:

☐ **Destrueret**

☐ **Nedfrosset**

Hvis jeg/vi ønsker overskydende, befrugtede æg (embryoner) nedfrosset, accepterer jeg/vi følgende:

1. Embryonerne må, ifølge lovgivningen, højst opbevares til kvinden fylder 46 år. Herefter bliver de destrueret uden yderligere varsel.
2. Det er mit/vores ansvar altid at holde kontaktoplysningerne ajour ved Fertilitetsklinik IVF-SYD, så der altid er mulighed for at kontakte mig/os.
3. Der er en årlig afgift på opbevaring af nedfrosne æg jf. gældende prisliste. Afgiften betales årligt fremadrettet ved fremsendelse af faktura. Opbevaring det første år er dog gratis. Hvis ikke jeg/vi betaler opbevaringsafgiften, er Fertilitetsklinik IVF-SYD berettiget til at destruere embryonerne.
4. Hvis kvinden, som har givet ophav til æggene, dør, skal embryonerne destrueres. Dette gælder dog ikke ved ægdonation.
5. Tab af eller skade på embryoner erstattes ikke, hvis der er tale om uforudsete hændelser (force majeure). Tab eller skade på embryoner på baggrund af andre forhold erstattes kun med et beløb svarende til den resterende betalte opbevaringsperiode. Fertilitetsklinik IVF-SYD kan ikke gøres erstatningspligtig for et evt. direkte eller indirekte tab.
6. Hvis jeg/vi ønsker embryonerne destrueret eller overflyttet til andet opbevaringssted, skal jeg/vi give Fertilitetsklinik IVF-SYD skriftligt samtykke til dette. Vi sørger selv for transporten.

Når embryonerne er opstået ved befrugtning med sæd fra donor, er jeg/vi bekendt med at lovgivningen foreskriver følgende:

1. Embryonerne må kun optøs og anvendes, såfremt patienten skriftligt accepterer dette før hver behandling. Hvis der er en partner, skal begge underskrive tilladelsen til optøning.
2. I tilfælde af partnerens død, separation, skilsmisse eller ophør af samliv kan de nedfrosne embryoner stadig anvendes af patienten (medunderskriver på denne erklæring), hvis partneren har givet skriftligt samtykke til det.

Hvis partneren i forholdet dør, ønsker vi;

- ☐ **de befrugtede æg destrueret**
- ☐ **at patienten (medunderskriver) må anvende de befrugtede æg**
- ☐ **Andet:** _____

Jeg/vi bekræfter, at jeg/vi er 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.

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

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 mine/vores evt. nedfrosne embryoner/æg/sæd samt al behørig dokumentation i forbindelse med behandlingen vil således blive overført til dem.

Dato

Kvindens cpr-nr.

Mand/partners cpr-nr.

Kvindens underskrift

Mand/partners underskrift

Vidnets/lægens underskrift