



## Samtykke til Fertilitetsbehandling

- Undertegnede anmoder herved Fertilitetsklinikken Trianglen (CVR 17490141) / Speciallægeklinikken Trianglen (CVR 34205744) om, at der i behandlingen af vores/min barnløshed foretages assisteret befrugtning.
- Vi/jeg bekræfter at have fået grundig mundtlig og skriftlig information om behandlingen, herunder om chancen for at opnå graviditet og fødsel og om de bivirkninger og risici, som kan være forbundet med behandlingen.
- Vi/jeg er klar over, at adoption kan være et alternativ til behandling med assisteret befrugtning.

\_\_\_\_\_

*Kvindens navn*

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

*Kvindens person-nummer*      *Dato (dd/mm/åå)*      *Kvindens underskrift*

*Hvis du (kvinden) ikke har dansk person-nummer, så anfør i stedet følgende:*

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

*Fødselsdato (dd/mm/åå)*      *Pasnummer*      *Nationalitet*

Hvis kvinden har en partner, skal partneren give sit samtykke til behandlingen og acceptere faderskabet eller medmoderskabet.

Det kan oplyses, at § 27 i "Børneloven" blandt andet fastsætter nedenstående. For en fuldstændig beskrivelse henvises til lovteksten og til Statsforvaltningen.

*Er en kvinde blevet behandlet med assisteret reproduktion af en sundhedsperson eller under en sundhedspersons ansvar, anses hendes ægtefælle, registrerede partner eller partner som barnets far eller medmor, hvis denne har givet samtykke til behandlingen og barnet må antages at være blevet til ved denne, jf. dog § 27 a, stk. 1. Samtykket skal være skriftligt og indeholde en erklæring om, at manden skal være barnets far, eller at kvinden skal være barnets medmor.*

- Undertegnede (partner) giver hermed mit samtykke til, at min ægtefælle/partner bliver assisteret befrugtet af en læge, eller under en læges ansvar, og jeg erklærer samtidig, at jeg skal være far/medmor til barnet/børnene, som bliver til ved denne behandling, jf. børnelovens § 27.

\_\_\_\_\_

*Partnerens navn*  
*(hvis partner)*

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

*Partners person-nummer*      *Dato (dd/mm/åå)*      *Partners underskrift*

*Hvis du (partneren) ikke har dansk person-nummer, så anfør i stedet følgende:*

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

*Fødselsdato (dd/mm/åå)*      *Pasnummer*      *Nationalitet*

**Se og underskriv venligst også side 2.....**

### Privatlivspolitik og Databeskyttelsesforordningen (GDPR)

- Jeg accepterer, at personlige informationer om mig indsamles, registreres og opbevares i forbindelse med behandlingen. Informationer håndteres i henhold til GDPR.
- Jeg accepterer, at informationer, der opbevares og registreres i forbindelse med behandlingen, kan udveksles mellem Fertilitetsklinikken Trianglen og Speciallægeklinikken Trianglen, i det omfang dette er påkrævet og/eller vurderes at være nødvendigt for enhver igangværende eller fremtidig fertilitetsbehandling.

Se detaljer i den udleverede *Privatlivspolitik* og på [trianglen.dk](http://trianglen.dk).

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Dato (dd/mm/åå)

\_\_\_\_\_  
Kvindens underskrift

\_\_\_\_\_  
Partnerens underskrift  
(hvis partner)

- o - O - o -

### Vedrørende betaling

Speciallægeklinikken Trianglen har overenskomst med Regionen. Derfor gælder følgende vilkår angående betaling her i Klinikken

#### Regionen **dækker**

- For par og enlige kvinder: Al udredning, graviditetsskanninger m.m. samt behandling med stimulation og/eller insemination, hvis begge parter har henvisning fra egen læge. Patienter i sygesikringsgruppe 2 er dækket delvis.

#### Regionen **dækker ikke**

- Betaling/brug af *donor-sæd*
- Behandling med IVF, ICSI eller TESA samt frysecyklus og lignende.

Disse behandlinger og ydelser foregår i regi af Fertilitetsklinikken Trianglen Aps, og betales til Fertilitetsklinikken i henhold til gældende prislister.

**Udgifter til medicin** betaler I/du selv. Der er tilskud efter de almindelige medicintilskudsregler.

Vi/jeg er bekendt med og accepterer ovenstående vedrørende betaling

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Dato (dd/mm/åå)

\_\_\_\_\_  
Kvindens underskrift

\_\_\_\_\_  
Partnerens underskrift  
(hvis partner)

- o - O - o -

### Indhentning af oplysninger

I forbindelse med behandlingen kan det være væsentligt, at vi har mulighed for at få oplysning om tidligere undersøgelser, behandling eller laboratorie-resultater (for eksempel blodprøvesvar).

Vi/jeg accepterer, at Trianglen kan indhente relevante oplysninger fra andre klinikker, hospitaler, laboratorier og tilsvarende.

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Dato (dd/mm/åå)

\_\_\_\_\_  
Kvindens underskrift

\_\_\_\_\_  
Partnerens underskrift  
(hvis partner)

- o - O - o -

Den henvisende læge / egen læge informeres normalt om behandlingen og om resultatet af den. Hvis du/I ikke kan acceptere det, skal du/I gøre os opmærksom på det, så vi kan undlade at videregive informationen.