

Reproduktionsmedicin

Samtycke gällande frysförvaring av testikelvävnad/spermier

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress, postnr och postort	

- Härmed samtycker jag till frysförvaring av min testikelvävnad/mina spermier för vård, behandling och därmed förenlig verksamhet
- Jag samtycker till att min testikelvävnad/mina spermier sparas för framtida fertilitetsbehandling samt att mina personuppgifter sparas enligt biobankslagen
- Jag samtycker till att min testikelvävnad/mina spermier används för forskning

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

Läkarens intygande

Jag har tagit del av ovanstående samtycke till frysförvaring.

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
Telefon (inkl. riktnr)	

PATIENTENS ÅTERTAGANDE AV SAMTYCKE

Härmed återtar jag mitt samtycke till frysförvaring

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
-------	------------------------------------

Läkarens intygande av återtagande av samtycke

Jag har fått kännedom om att patienten har återtagit sitt samtycke till frysförvaring.

Datum	Namnteckning
Telefon (inkl. riktnr)	

En kopia av samtycket lämnas till patienten.