



Samtycke till återläggning av fryst embryo

Reproduktionsmedicinskt Centrum (RMC) Kvinnokliniken
Universitetssjukhuset i Linköping

Vid återläggning av nedfrusna, upptinade befruktade ägg **måste partnern vara närvarande eller ge sitt skriftliga samtycke.**

Vid förhinder att komma till RMC fyller du i blanketten som lämnas till oss före återföring av upptinade befruktade ägg.

Min maka/sambo

| | |
|--------------------|--------------|
| Efternamn, förnamn | Personnummer |
| Utdelningsadress | |

Partners samtycke

Jag samtycker till att min maka/sambo genomgår behandling med återföring av nedfrusna, upptinade befruktade ägg.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Namnteckning |
|-------|--------------|

| | |
|-------------------|--------------|
| Namnförtydligande | Personnummer |
| Utdelningsadress | |