

SAMTYKKESKJEMA FOR TINING AV BEFRUKTET EGG
(Se tidligere skjema om Samtykke til Assistert befruktning)

Vi bekrefter at vi er gift/samboende.

Ektemann/samboer er informert om og gir sitt samtykke til at tint, befrukta egg tilbakeføres til kvinnen.

Ved navneendring etter siste behandling må attest sendes sammen med dette skjemaet.

.....
Dato/sted

.....
Kvinne(blokkbokstaver)

/.....
Fødselsdato

Kvinne (underskrift).....

Mann (underskrift).....

Dette skjema skal returneres til Fertilitetsseksjonen når dere har avtalt behandling hos oss.

Adresse: Fertilitetsseksjonen
Kvinne-barn-senteret
St.Olavs Hospital
7006 TRONDHEIM

Fax.nr: 72 57 47 06

For Fertilitetsseksjonen:

Underskrifter og dato kontrollert

sign.....