

## Samtykke Inseminasjon, kvinne

1. Jeg samtykker til at LIVIO IVF-klinikken Oslo kan hjelpe meg til å oppnå graviditet ved assistert inseminasjonsbehandling. Jeg er enslig og høyst sannsynlig ikke i stand til å få barn uten denne behandling.
2. Jeg er blitt informert av LIVIO IVF-klinikken Oslo og er inneforstått med at metoden vil innebære behandling i naturlig eller hormonstimulert syklus, ultralydundersøkelser og egglosningstester til vurdering av eggutvikling i eggstokkene samt befruktningforsøk hvor sædceller sprøytes inn i livmorhalsen eller direkte inn i livmoren.
3. Jeg samtykker i ovennevnte fremgangsmåte og til at det kan bli gitt medisiner som måtte være nødvendig. Jeg er innforstått med at behandlingen iblant må avbrytes på medisinsk grunnlag.
4. Jeg forstår og aksepterer at det ikke er sikkert at svangerskap vil oppstå som følge av behandlingen. Jeg er innforstått med at denne behandling kan resultere i spontanabort, svangerskap utenfor livmoren, flerlingesvangerskap og for tidlig fødsel.
5. Jeg er innforstått med at det under behandlingen eller senere kan fremkomme kunnskap om mitt barnløshetsproblem som kan minske verdien av behandlingen eller tidligere behandlinger. Jeg er innforstått med at behandlingen utføres i samsvar med en vurdering som er gjort av legene ved LIVIO IVF-klinikken Oslo og meg, og at andre kan vurdere dette annerledes.
6. Jeg er innforstått med at behandling som ikke fører til svangerskap kan bli en psykisk belastning.
7. Jeg samtykker i at det kan innhentes utskrift av min journal ved andre medisinske institusjoner når disse har direkte tilknytning til utredning av barnløshet, eller til behandlingsresultat.
8. Jeg har fått muntlig informasjon og har anledning til å be om ytterligere opplysninger.

### Underskrift

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Navn/Signatur (kvinnen)

\_\_\_\_\_

Personnummer

\_\_\_\_\_

Blokkbokstaver

.....

### Mottatt av

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Signatur