



**AZ JAN PALFIJN
GENT**



OVEREENKOMST VOOR MEDISCH BEGELEIDE VOORTPLANTING

IVF-CENTRUM AZ Jan Palfijn Gent AV

Watersportlaan 5, 9000 GENT, STRAAT 381

TEL 0032 (0) 9 224 88 50 – FAX 0032 (0) 9 224 88 55 - ivf.centrum@janpalfijngent.be

Tussen:

Het AZ Jan Palfijn Gent AV met zetel te 9000 Gent aan de Henri Dunantlaan 5, vertegenwoordigd door Mevr. Marleen Porto-Carrero, die voor de verdere uitvoering van deze overeenkomst het Fertiliteitscentrum aanduidt, vertegenwoordigd door Dr. Wim Decler, diensthoofd, Dr. Kaan Osmanagaoglu, beheerder van de weefselbank en de behandelende arts (ondergetekende), hierna genoemd het AZ Jan Palfijn enerzijds,

Mevrouw _____
geboren te _____ op ____/____/____
wonende te _____

en
de heer/mevrouw _____
geboren te _____ op ____/____/____
wonende te _____

hierna genoemd de wensouders anderzijds,
wordt overeengekomen wat volgt:

De wensouder(s) geeft/geven het AZ Jan Palfijn toestemming om een behandeling medische begeleide voortplanting te verrichten. De behandeling omvat:

- Intra-uteriene inseminatie
- IVF/ICSI
- PGD
- PGS

De wensouder(s) is/zijn ervan op de hoogte dat de behandeling voor het AZ Jan Palfijn het onderwerp is van een inspanningsverbintenis en dat het welslagen van de behandeling niet verzekerd kan worden.

Deze overeenkomst vormt de basis voor de medisch begeleide voortplanting en afhankelijk van de omstandigheden wordt deze aangevuld met andere toestemmingen.

De wensouder(s) gaat/gaan ermee akkoord dat haar/hun medische en administratieve gegevens beschikbaar zijn voor de gynaecologen van het Fertiliteitscentrum van het AZ Jan Palfijn die betrokken zijn bij de behandeling. De wensouder(s) geeft/geven eveneens toestemming om die gegevens door te geven aan externe instanties voor de nationale en internationale registratie van behandelingen voor medisch begeleide voortplanting en voor de kwaliteitsopvolging ervan. Het doorgeven van de informatie gebeurt onder gecodeerde vorm, zodat de organisatie die ze ontvangt en analyseert de identiteit van de betrokken wensouder(s) niet kan achterhalen.

De wensouder(s) is/zijn verplicht om bij verhuizing de adreswijziging aan het AZ Jan Palfijn te melden. Het AZ Jan Palfijn heeft geen onderzoeksverplichting naar de woon- of de verblijfplaats van de wensouder(s).

Het niet doorgeven van een adreswijziging ontslaat het AZ Jan Palfijn automatisch van alle verbintenissen uit de overeenkomst en de aanvullende toestemmingen.

Opgesteld te Gent op ____/____/____ in twee originele exemplaren. Elke partij verklaart een exemplaar van deze overeenkomst te hebben ontvangen. De wensouder(s) verklaart/verklaren dat de overeenkomst betreffende medisch begeleide voortplanting, geïnformeerd, bewust en vrij gegeven werd.

De handtekening wordt voorafgegaan door een eigenhandig geschreven **“geïnformeerd; bewust en vrij gegeven”**(1).

De wensouder(s),

_____ (1)

_____ (1)

Naam: _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Handtekening: _____

Naam behandelende arts:

Stempel + Handtekening: