



**AZ JAN PALFIJN
GENT**



**TOESTEMMING VOOR IVF-ICSI
MET PARTNERSPERMA**

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 wensouders geven het AZ Jan Palfijn toestemming om een in-vitrofertilisatiebehandeling en embryotransfer te verrichten, waarbij mogelijk gebruik gemaakt zal worden van geassisteerde fertilisatie (ICSI-methode).

De wensouders 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.

Opgesteld te Gent op ____/____/____ in twee originele exemplaren. Elke partij verklaart een exemplaar van deze overeenkomst te hebben ontvangen. De wensouders verklaren dat de toestemming voor IVF/ICSI, geïnformeerd, bewust en vrij gegeven werd.

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

De wensouders,

_____ (1)

_____ (1)

Naam: _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Handtekening: _____

Naam behandelende arts:

Stempel + Handtekening: