



**AZ JAN PALFIJN
GENT**



**AANVRAAG TOT MEDISCH BEGELEIDE
VOORTPLANTING MET DONORSPERMA**

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

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

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

hierna genoemd de wensouder(s) enerzijds,

,

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 anderzijds, wordt overeengekomen wat volgt:

Deze aanvraag is een ondertekende verklaring van de wensouder(s) aan het AZ Jan Palfijn om deze op de hoogte te stellen van haar/hun beslissing betreffende IUI of ICSI met donorsperma.

Hieronder kan/kunnen de wensouder(s) haar/hun motivatie en sociale status toelichten.

Opgesteld te Gent op ____/____/____ in twee originele exemplaren. Elke partij verklaart een exemplaar van deze aanvraag te hebben ontvangen. De aanvrager(s) verklaart/verklaren dat de aanvraag tot medische begeleide voortplanting met donorsperma, geïnformeerd; bewust en vrij aan gevraagd werd.

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

De aanvrager(s),

_____(1)

Naam: _____

Handtekening: _____

_____(1)

Naam: _____

Handtekening: _____

ADVIES OVER BEHANDELING MET SPERMA VAN EEN (NIET-) ANONIEME DONOR

Het AZ Jan Palfijn verklaart hierbij de aanvraag tot medische begeleide voortplanting met spermadonor van de bovenvermelde aanvrager(s) te hebben ontvangen.

Het AZ Jan Palfijn geeft een positief/negatief* advies over de behandeling van de aanvrager(s) met sperma van een (niet-) anonieme donor. (* Schrappen wat niet past)

Motivatie van het advies

Datum: ___/___/_____

Naam behandelende arts:

Stempel + Handtekening: