

## Begäran om destruktion av embryon/ägg/spermier

Namn (kvinna) \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Namn (partner) \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Om begäran gäller destruktion av embryon som skapats i en parrelation och endast ena parten har undertecknat kommer kliniken att kontakta vederbörande partner vid önskan om destruktion. Embryon kan inte användas om relationen har upphört.

**OBS! kopia på giltig fotolegitimation skall bifogas ansökan.**

Härmed intygas att jag/vi vill att samtliga frysförvarade:

Embryon

Spermier

Ägg

som finns förvarade vid kliniken \_\_\_\_\_ destrueras.

Ort, datum \_\_\_\_\_

Ort, datum \_\_\_\_\_

Underskrift kvinna

Underskrift partner

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Kopia legitimation/er bifogade.