1 (1)

EGEN LOGO

Original återsändes till rekvirerande klinik

**Rekvisition av könsceller/vävnad**

|  |  |
| --- | --- |
| Utlämnande vävnadsinrättning *Namn, adress, telefonnummer, TEC* | Mottagande vävnadsinrättning *Namn, adress, telefonnummer, TEC* |
| * *Från donator inom paret (*make, maka, partner)

Namn och personnummer: |
| * *Från tredjepartsdonator*

Donatorskod: |
| *Mottagare (kvinna)*Namn och personnummer: |
| Preliminärt datum för behandling: |
| **Härmed rekvireras­­:**□ Frysförvarade spermier, antal strån\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Frysförvarade embryon: antal embryon/behållare\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ □ Frysförvarade ägg: antal ägg/behållare\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ □ Frysförvarad äggstocksvävnad: antal behållare\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Frysförvarad testikelvävnad: antal behållare\_\_\_\_\_\_  |
| **Denna del ifylls endast för rekvisition av celler/vävnad inom paret (från make, maka, partner)** |
| Jag/vi samtycker till att våra frysförvarade könsceller enligt ovan får utlämnas till mottagande vävnadsinrättning enligt ovan. Jag/vi godkänner även att relevanta provsvar (infektionsprover), samt information om mängd och kvalitet får utlämnas. Jag/vi godkänner att transport sker:* *Av personal vid utlämnande eller mottagande inrättning*
* *Av annan (transportföretag)*
 |
| Datum | Ort | Datum | Ort |
| Namnteckning kvinna/mottagare | Namnteckning make/partner |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande |
| **Med denna namnteckning begärs ovanstående rekvisition samt namnteckning(ar) ovan bevittnas** |
| Datum | Ort | Telefonnummer |
| Namnteckning/titel | Namnförtydligande |
| **Ifylls av utlämnande inrättning; mängd celler/vävnad som finns nedfryst** |
| Spermier, strån: \_\_\_\_\_\_ Äggceller, antal:\_\_\_\_\_\_  Embryon, antal:\_\_\_\_\_\_\_ Testikel- eller äggstocksvävad, antal behållare:­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Med denna namnteckning garanteras att ovanstående rekvirerade könsceller/vävnad är godkända för användning på människa och utlämnande godkännes** |
| Datum | Ort | Namnteckning/titel |