

## Begäran om kassering av frysta embryon

Embryon får efter IVF-behandling frysförvaras i fem år.

Jag/vi har efter IVF-behandling vid Carl von Linnékliniken embryon frysförvarade

sedan .....  
månad & år

Jag/vi begär härmed att alla från den behandlingen kvarvarande embryon kasseras i  
fortid, så snart denna begäran nått Carl von Linnékliniken. Jag/vi är införstådd/a med  
att denna begäran är oåterkallelig.

.....  
Ort och datum

.....  
Namnteckning kvinnan

.....  
Namn och personnummer, v g texta

.....  
Telefonnummer

.....  
Namnteckning mannen

.....  
Namn och personnummer, v g texta

.....  
Telefonnummer

**OBS!** Om du är ensam undertecknare, v g ange orsaken till att du signerar ensam. Orsak  
kan t ex vara att parrelationen har upphört.

Jag är ensam undertecknare p g a: