



**AZ JAN PALFIJN
GENT**



**AANVRAAG TOT MEDISCH BEGELEIDE
VOORTPLANTING MET DONOR**

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 Watersportlaan 5, vertegenwoordigd door Mevr. Ann Wynant, die voor de verdere uitvoering van deze overeenkomst het Fertilitieitscentrum aanduidt, vertegenwoordigd door Dr. Wim Decler, diensthoofd, Prof. 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 wensouder(s) anderzijds,

Met deze ondertekende aanvraag stelt/stellen de wensouder(s) het AZ Jan Palfijn op de hoogte van haar/hun beslissing om een fertiliteitsbehandeling IUI of ICSI met anoniem/niet-anoniem donorsperma/donoreicellen (*) te willen opstarten. (* Schrapen wat niet past)

Indien anoniem: De wensouder(s) verklaart/verklaren geïnformeerd te zijn over de kostprijs van het anoniem donorsperma/donoreicellen per behandeling. Indien de wensouder(s) geen Belgische mutualiteit hebben, wordt een voorschot voorafgaand aan de behandeling betaald.

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 gegeven werd.

De handtekening wordt voorafgegaan door een eigenhandig geschreven: **“gelezen en goedgekeurd”**(1).

De wensouder(s),

_____(1)

Naam: _____

Handtekening: _____

_____(1)

Naam: _____

Handtekening: _____

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

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

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

Motivatie van het advies:

Datum: ____/____/____

Naam behandelende arts:

Stempel + Handtekening: