

IVF

# Postmortale verklaring ten behoeve van gebruik van embryo's

## Deel 1: Bij overlijden vrouw en partner

Hierbij verklaren wij:

Naam <u>vrouw</u> (voorletter(s) + achternaam):	_____
Geboortedatum:	____-____-____
Burgerservicenummer (BSN):	_____
Patiëntnummer(MDN):	_____
Adres:	_____ _____
Naam <u>partner</u> (voorletter(s) + achternaam):	_____
Geboortedatum:	____-____-____
Burgerservicenummer (BSN):	_____
Patiëntnummer(MDN):	_____
Adres:	_____ _____

Locatie VUmc

nader te benoemen de bewaargevers, dat na ons overlijden, onze ingevroren embryo's (aanvinken welke van toepassing is):

- dienen te worden vernietigd;
- gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van de voortplantingsgeneeskunde.

\_\_\_\_\_  
Handtekening vrouw

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Handtekening partner

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

## Deel 2: Bij overlijden vrouw

Hierbij verklaar ik:

<b>Naam <u>vrouw</u></b> (voorletter(s) + achternaam): _____
<b>Geboortedatum:</b> _____ - _____ - _____
<b>Burgerservicenummer (BSN):</b> _____
<b>Patiëntnummer(MDN):</b> _____

dat na mijn overlijden mijn ingevroren embryo's (aanvinken welke van toepassing is):

- dienen te worden vernietigd;
- gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van de voortplantingsgeneeskunde;
- gebruikt mogen worden om in het IVF centrum van het Amsterdam UMC, locatie VUmc een zwangerschap te bewerkstelligen ten behoeve van mijn partner:

<b>Naam <u>partner</u></b> (voorletter(s) + achternaam): _____
<b>Geboortedatum:</b> _____ - _____ - _____
<b>Burgerservicenummer (BSN):</b> _____
<b>Patiëntnummer(MDN):</b> _____

\_\_\_\_\_  
Handtekening vrouw

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Handtekening partner

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Deze verklaring mag te allen tijde gewijzigd/teruggetrokken worden.

### Deel 3: Bij overlijden partner

Hierbij verklaar ik:

Naam <u>partner</u> (voorletter(s) + achternaam): _____
Geboortedatum: _____ - _____ - _____
Burgerservicenummer (BSN): _____
Patiëntnummer(MDN): _____

dat na mijn overlijden mijn ingevroren embryo's (*aanvinken welke van toepassing is*):

- dienen te worden vernietigd;
- gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van de voortplantingsgeneeskunde;
- gebruikt mogen worden om in het IVF centrum van het Amsterdam UMC, locatie VUmc een zwangerschap te bewerkstelligen bij mijn vrouw:

Naam <u>vrouw</u> (voorletter(s) + achternaam): _____
Geboortedatum: _____ - _____ - _____
Burgerservicenummer (BSN): _____
Patiëntnummer(MDN): _____

\_\_\_\_\_  
Handtekening partner

\_\_\_\_\_  
Handtekening vrouw

Plaats \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Deze verklaring mag te allen tijde gewijzigd/teruggetrokken worden.