

## TOESTEMMINGSVERKLARING VOOR OVERDRACHT MEDISCHE GEGEVENS

Hierbij geef ik, \_\_\_\_\_ (voor- en achternaam)

geboren op, \_\_\_\_\_ (geboortedatum)

met BSN, \_\_\_\_\_ (burgerservicenummer)

en wonende te, \_\_\_\_\_ (straatnaam + nummer)

\_\_\_\_\_ (postcode + plaats)

toestemming aan de cryobank van het Fertiliteitslaboratorium Radboudumc Nijmegen om,  
ten behoeve van mijn fertiliteitsbehandeling, relevante informatie uit te wisselen met

\_\_\_\_\_ (naam instelling)

\_\_\_\_\_ (plaats instelling)

over mijn cryo-materiaal (aankruisen wat van toepassing is):

Semen

Eicellen

Ovariumweefsel

Embryo's \* **\* In geval van cryo-embryo's ondertekenen beide bewaargevers een aparte verklaring**

Ondertekend op: \_\_\_\_\_ (datum), te \_\_\_\_\_ (plaats)

Handtekening: \_\_\_\_\_