

ANSÖKAN OM TILLSTÅNDenligt 11 § lagen (1995:831) om transplantation m.m.
att få tillvarata vävnad från aborterat foster

Skickas till

Socialstyrelsen
106 30 StockholmDatum
.....**Ansökan avser tillvaratagande av vävnad för individuellt terapeutiskt ändamål**

Den gravida kvinnans efternamn och förnamn	Personnummer
Datum för abort	Graviditetsvecka när abort görs

Ansökan avser tillvaratagande av vävnad för generell medicinskt ändamål

<input type="checkbox"/> Forskningsändamål, projektplan bifogas	
<input type="checkbox"/> Annat medicinskt ändamål	
Antal foster som omfattas av tillvaratagandet	Tidsperiod för tillvaratagandet

Medicinskt ändamål

Vävnad som ska tillvaratas
Ändamålet med tillvaratagandet
Ange vilka synnerliga skäl som det finns för att tillvarata vävnad för det avsedda ändamålet
Eventuell ytterligare information

Sjukvårdsinrättning (Om vävnad ska tillvaratas vid flera sjukvårdsinrättningar, bifoga adressförteckning!)

Ansvarig läkares* efternamn och förnamn		Titel
Sjukvårdsinrättning	Vårdenhet	
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress	Fax (inkl. riktnummer)

Samtycke

<input type="checkbox"/> Jag har fått information om åtgärden och den tilltänkta användningen	
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till åtgärden	
Ort och datum	Namnteckning

Ansvarig läkares underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

* Beslut om användning av fostervävnad för medicinskt ändamål får, enligt 12 § första stycket lagen (1995:831) om transplantation m.m., inte fattas av den läkare som har ansvaret för aborten eller bestämmer tid och metod för denna.