

**ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΕΓΓΑΜΟΥ ΖΕΥΓΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΕ  
ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ**

Οι κάτωθι υπογράφωντες:

Ο σύζυγος: ..... του.....  
με ΑΔΤ ..... Ημερομηνία γεννήσεως.....

Η σύζυγος..... του.....  
με ΑΔΤ ..... Ημερομηνία γεννήσεως.....

Κάτοικοι .....έγγαμοι ήδη από....., όπως προκύπτει και από την προσκομιζόμενη πράξη γάμου, δηλώνουμε τα ακόλουθα:

1. Συναινούμε στην υποβολή της συζύγου στην διαδικασία της σπέρματέγχυσης με σπέρμα τρίτου δότη, μετά από συμφωνία μεταξύ μας και του θεράποντος ιατρού.
2. Δίνουμε τη συναίνεσή μας για τις παρακάτω ιατρικές ενέργειες:
  - Λήψη φαρμάκων για την υπερδιέγερση των ωοθηκών και αντιβιοτικών.
  - Λήψη περιφερικού αίματος για παρασκευή καλλιεργητικών υγρών και εργαστηριακών αναλύσεων καθώς επίσης και υπερηχογραφική εξέταση καθ' όλη τη διάρκεια των κλινικών υπηρεσιών στην Μονάδα
3. Η «Μονάδα» μας έχει ενημερώσει πλήρως και εμπειριστατωμένως σχετικά με το σύνολο των ενδεικνυόμενων ιατρικών ενεργειών, δηλαδή: αιμοληψία, ορμονοθεραπεία, ωοθηκική διέγερση και πρόκληση ωορρηξίας, επεξεργασία σπέρματος και σπέρματέγχυση κλπ.
4. Το σπέρμα θα ληφθεί από Τράπεζα Σπέρματος. Μας έχει γίνει γνωστό ότι ο δότης έχει υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις, έχει ελεγχθεί για β-Μεσογειακή Αναιμία, έχει (υποβάλει ιστορικό) ερωτηθεί για οποιαδήποτε γενετική ή ψυχική ασθένεια (και έχει υποβάλει το ποινικό του μητρώο). Είναι σε γνώση μας ότι το σπέρμα έχει παραμείνει σε φύλαξη για περίοδο έξι μηνών και έχει ελεγχθεί για HIV I και II, Ηπατίτιδα Β και C, κυτταρομεγαλοϊό (CMV), σύφιλη, γονόρροια, έρπητα, χλαμύδια (και όχι μόνο). Συμφωνούμε να βασισθούμε στην κρίση και εχεμύθεια των ιατρών / επιστημόνων της μονάδας για να μας βοηθήσουν να επιλέξουμε ανώνυμο, κατάλληλο δότη, του οποίου τα χαρακτηριστικά θα ταιριάζουν με τα δικά μας και αποδεχόμαστε ότι το παιδί / τα παιδιά που θα γεννηθούν ως αποτέλεσμα της επιχειρούμενης μεθόδου αναπαραγωγής θα φέρει / φέρουν τα χρωμοσωμικά χαρακτηριστικά του «δότη». Κατανοούμε πλήρως ότι θα ενημερωθούμε για τα ιατρικά δεδομένα του δότη πριν από κάθε κύκλο θεραπείας. Συναινούμε να αναλυθεί το σπέρμα με οποιονδήποτε τρόπο θεωρείται ιατρικώς απαραίτητος για τις ανωτέρω αναφερόμενες διαδικασίες. Συναινούμε να αναλυθεί το σπέρμα με οποιονδήποτε τρόπο θεωρείται ιατρικώς απαραίτητος για τις ανωτέρω αναφερόμενες διαδικασίες.
5. Έχουμε ενημερωθεί ότι αποκλείεται η προσβολή της πατρότητας από οποιονδήποτε από τους δικαιούχους αναφέρονται στο άρθρο 1456 παράγραφος 1 εδ. β', εάν ο σύζυγος έχει

συναίνεσει στην υποβολή της συζύγου σε τεχνητή γονιμοποίηση (άρθρα 1456 παράγραφος 1 και 1471 παράγραφος 2 εδάφιο 2).

Γνωρίζουμε ότι η συναίνεση ανακαλείται με τον ίδιο τύπο μέχρι τη τοποθέτηση του επεξεργασμένου σπέρματος στην μήτρα της συζύγου. Με την επιφύλαξη του άρθρου 1457 (περί μεταθανάτιου γονιμοποίησης), η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν ένα από τα πρόσωπα που είχαν συναίνεσει πέθανε πριν από τη σπερματέγχυση (άρθρο 1456 παράγραφος 2). Σε περίπτωση διαζυγίου, γνωρίζουμε ότι η συναίνεση του εξ ημών συζύγου πρέπει να ανακληθεί με τον ίδιο τρόπο.

6. Μας κατέστη γνωστό ότι το παιδί που θα γεννηθεί ύστερα από την επιτυχή εφαρμογή μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, θα έχει νομική και γενετική μητέρα τη σύζυγο .....και νομικό πατέρα το σύζυγο .....και ότι η συναίνεση του συζύγου στη υποβολή της συζύγου σε ετερόλογη τεχνητή γονιμοποίηση αποκλείει την προσβολή της πατρότητας (1471, 2AK & 1479 AK).
7. Γνωρίζουμε ότι η ταυτότητα του δότη δεν θα μας γίνει γνωστή, όπως επίσης δεν θα γίνει γνωστή στο δότη η ταυτότητα του τέκνου και των γονέων του. Γνωρίζουμε ότι ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο. Πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στο τέκνο και για λόγους σχετικά με την υγεία του (άρθρο 1460 AK).
8. Επίσης έχουμε ενημερωθεί για την πιθανότητα αποβολής και γεννήσεως παιδιού με συγγενείς ανωμαλίες, δεδομένου ότι τα παιδιά που δημιουργούνται μέσω υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρουσιάζουν στατιστικώς τις ίδιες ανωμαλίες, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός.
9. Η «Μονάδα» μας ενημέρωσε σχετικά με την αδυναμία εγγυήσεως της τεκνογονίας, βάση του σημερινού επιπέδου γνώσεων και μεθόδων, μας διαβεβαίωσε, όμως, ότι θα καταβάλει κάθε προσπάθεια, σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της επιστήμης μας.
10. Δηλώνουμε ότι έχουμε κατανοήσει τις πληροφορίες που μας έδωσε το ιατρικό προσωπικό της μονάδας, σχετικά με τις τεχνικές διαδικασίες, τη διάρκειά τους και τις πιθανές επιπλοκές και τους κινδύνους που εμπερικλείουν για τη μητέρα και το παιδί. Έχουμε κατανοήσει όλες τις επεξηγήσεις που μας έχουν δοθεί και έχουμε λάβει απάντηση σε όλες τις απορίες μας. Εάν προκύψουν άλλα ερωτήματα, έχουμε τη δυνατότητα να απευθυνθούμε στη «Μονάδα».
11. Έχουμε κατανοήσει ότι μπορούμε να επιλέξουμε τη διακοπή των προσφερομένων υπηρεσιών σε οποιοδήποτε σημείο ή οποιαδήποτε χρόνο και ότι η απόφασή μας αυτή δεν θα επηρεάσει την παρούσα ή / και την μελλοντική ιατρική φροντίδα από την «Μονάδα».
12. Επιβεβαιώνουμε ότι έχουμε μελετήσει το παρόν έγγραφο, μας έχει γίνει εμπειριστατωμένη ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό της Μονάδας, έχουμε κατανοήσει πλήρως τους

όρους που θέτει και τις συνέπειες που αυτό συνεπάγεται, οι ερωτήσεις μας έχουν απαντηθεί και το υπογράφουμε εν πλήρη επίγνωση και συνείδηση.

13. Στο πρόσωπό μας συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 1455 παρ.1 του νόμου 3089 του 2002, όπως προκύπτει από την επισυναπτόμενη ιατρική γνωμάτευση, η οποία αναφέρεται στο ανωτέρω άρθρο: (δηλαδή αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο, στην οποία περιλαμβάνεται και η ιδιοπαθής στειρότητα ή κίνδυνος μεταδόσεως στο τέκνο σοβαρής ασθένειας ή κίνδυνος γεννήσεως τέκνου με σοβαρό φυλοσύνδετο νόσημα). Σε κάθε περίπτωση είναι εφαρμοστέες οι διατάξεις του ΑΚ όπως ισχύουν τροποποιημένες βάσει του νόμου 3089 του 2003 ή όπως ήθελε ισχύσουν τροποποιημένες στο μέλλον, ή οι διατάξεις άλλου ειδικότερου νόμου που τυχόν ήθελε νομοθετηθεί σχετικώς.
14. Το παρόν συντάσσεται σε τρία ίσου κύρους πρωτότυπα αντίτυπα, τα οποία διαβάστηκαν, βεβαιώθηκαν και υπογράφηκαν παρουσία του υπεύθυνου ιατρού της «Μονάδας».

Υπογραφή.....

Πλήρες όνομα .....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

Πλήρες όνομα .....

Ημερομηνία.....

**Υπογραφή Υπεύθυνου Ιατρού**