

CONSENT FOR EMBRYO TRANSFER

Patient's Name: _____ ID No: _____

Patient's Address: _____

Address of Clinic:

I have asked the clinic named above to provide me IVF-ICSI treatment service to help me bear a child
I consent to:

- 1) Administration of drug/hormone for preparing my uterus for embryo transfer
- 2) The mixing of the following (using technology such as IVF-or ICSI) to create embryos using anonymous donor oocyte and
 - ☐ The sperm of my husband
 - ☐ Anonymous donor sperm
 - ☐ Anonymous donor sperm if sufficient normal sperms are not found from my husband

(Tick and sign against appropriate option)

The transfer in my uterus-of

_____ (no) of the oocytes mixed with the sperm	Anonymous oocyte donor ID No. _____
_____ (no) of the resulting embryos	Anonymous sperm donor ID No. _____
_____ (no) of our-cryo-preserved embryos	Sperm Bank Name: _____
_____ (no) of embryo(s) obtained anonymously	
	Sign : <input type="text"/> Sign : <input type="text"/>

I/We had a full discussion with _____ about the above procedures
and I have been given oral and written information about them.

I/we-consent that I/we shall be the legal parent(s) of the child and the child will have all the legal rights
on me, in case of anonymous gamete / embryo donation:

I/we have been given a suitable opportunity to take part in counseling about the implication of the
proposed treatment. The type of anesthetic proposed (General/Regional/Sedation) has been
discussed in term which I have understood.

Endorsement by the _____ (clinic name)

I/We have personally explained to _____ and
the details and implications of his/her signing this consent/approval form, and made sure to the extent
humanly possible that he/she/they understand these details and implications.

Consent of Husband / Partner (as and if applicable)

As the husband/partner, I consent to the course of the treatment outlined above. I understand that I
will become the legal parent of any resulting child, and that the child will have all the normal legal
rights on me.

CONSENT FOR EMBRYO TRANSFER

दर्दी का नाम: _____ आई डी नम्बर: _____ दर्दी
का पता: _____

क्लिनिक का पता :

उपरोक्त दिए गए क्लिनिक में संतानप्राप्ति / गर्भधारण के लिए उपचार (इलाज) करने के लिए सहमत (तैयार) हूँ और अनुमति देती हूँ कि

१) हॉर्मोन और अन्य दवाइया देकर मेरे गर्भाशय के गर्भायारोपण के लिए तैयार करना

२) नीचे दिए गए विकल्प के शुक्राणु और अपरिचित दाता के अंडे से गर्भ बनाने के लिए

- ☐ मेरे पति के शुक्राणु
☐ अपरिचित दाता के शुक्राणु
☐ अपरिचित दाता के शुक्राणु, यदि अच्छी मात्रा में मेरे पति के शुक्राणु न मिले
 (अनुरूप विकल्प के सामने टिक एवं सही करे)

मेरे गर्भाशय में रखने के लिए

_____ (संख्या) अंडे और शुक्रनणं
 _____ (संख्या) इससे बने हुए-गर्भ
 _____ (संख्या) हमारे फोचन गर्भ
 _____ (संख्या) अपरिचित दाता के गर्भ

अंडे के अपरिचित दाता का नम्बर _____
 शुक्राणु के अपरिचित दाता का नम्बर _____
 शुक्राणु बैंक का नाम _____
 सही : _____ सही : _____

उपरोक्त क्रियाओं के लिए _____ के साथ मेरी संपूर्ण बातचीत (वार्तालाप) हुई है। और उसकी मौखिक और लिखित जानकारी देने में आयी है।

हम अनुमति दे रहे हैं कि उपरोक्त अपरिचित दाता के अण्डे और शुक्राणु से बने हुए गर्भ किया से जन्मे बालक के हम कानूनी माता-पिता रहेंगे और सभी कानूनी हक (अधिकार) उन्हें देंगे।

उपरोक्त बताई प्रक्रिया के लिए हमें काउन्सेलर के साथ पूरी जानकारी पता करने का मौका मिला है।

इस से जुड़ी एनेस्थेशिया की प्रक्रिया के बारे में मुझे समझाया गया है।

अस्पताल द्वारा समर्थन :-

मैं / हमने इस युगल _____ और _____ को प्रत्यक्ष रूप से समझाकर महत्वपूर्ण निर्देश देकर उनके / उनकी / उनका विश्वास पाकर स्वीकृति पत्र पर हस्ताक्षर लिया और है और उन्होंने इस स्वीकृति पत्र की जानकारी और निर्देशन को समझ लिया है।

पति की अनुमति

पति के हक से मैं उपरोक्त दर्शाए उपचार (इलाज) की अनुमति देता हूँ। इस किया से जन्मे बालक का मैं कानूनी पिता रहूँगा और उसे सभी कानूनी हक (अधिकार) दूँगा।

	Name / नाम	Sign/ हस्ताक्षर	Date / तारीख	Time/समय
Female Partner / पति				
Male Partner / पति				
Doctor/ डॉक्टर			Witness Address:	
Witness / साक्षी			Clinic Address:	