

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

Skickas till

**Socialstyrelsen**  
**106 30 Stockholm**Datum  
.....**Ansökan avser tillvaratagande av vävnad för generellt ändamål**

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

**Ansökan avser tillvaratagande av vävnad för individuellt ändamål**

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

**Medicinskt ändamål**

Biologiskt material som ska tillvaratas
Beskrivning av det medicinska ändamålet med tillvaratagandet
I vilket eller vilka avseenden är ändamålet beaktansvärt och angeläget

**Sjukvårdsinrättning**

Om vävnad ska tillvaratas vid flera sjukvårdsinrättningar, bifoga adressförteckning.

Ansvarig läkare*	Titel	
Sjukvårdsinrättning	Vårdenhet	
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress	Fax (inkl. riktnummer)

**Ansvarig läkares underskrift**

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

\* Ansökan får, enligt 12 § första stycket lagen om transplantation m.m., inte göras av den läkare som har ansvaret för aborten eller bestämmer tid och metod för denna.