

7. Dokumentenverzeichnis

C:\Program Files (x86)\PDFConverter\temp\NVDC\EAA67615-92A4-454A-A9BF-13DEEBD44293\A0999c7b-7cb9-441f-8c67-a954bc895fa0file.doc



Einverständniserklärung

Patientin

Patient

IVF Wir wünschen die Durchführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) durch o.g. Frauenärzte. Über die möglichen Risiken der Behandlung wurden wir genau informiert (innere Verletzungen, Blutungen, Infektionen, Überreaktion der Eierstöcke, Zystenbildung, Wassereinlagerung durch hormonelle Stimulation). Wir sind auch in Kenntnis gesetzt worden, dass bei beiden eine Blutentnahme (nicht älter als 2 Jahre) zum Ausschluss von Hepatitis B+C und HIV durchgeführt werden muss.

ICSI Wir wünschen die Durchführung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Über die mögliche Problematik dieser Behandlung wurden wir ausführlich informiert.

Embryotransfer Nach ausführlicher Information über Häufigkeit und Risiken von Mehrlingsschwangerschaften sind wir mit der Übertragung von Embryozellen einverstanden.
 Bitte gewünschte Anzahl der zu übertragenden Embryonen eintragen.

Nachfolgende Leistungen sind in der Regel keine Kassenleistungen / Privatkassenleistung und sind bei Inanspruchnahme als Igeleistungen selbst zu zahlen.

Kryokonservierung

ja nein Wir sind über die Möglichkeiten und Chancen der Kryokonservierung überzähliger Vorkernstadien informiert. Falls möglich, wünschen wir eine Kryokonservierung überzähliger Zellen im Vorkernstadium.

Auftauen von Kryosperma (Eigenprobe / Spender)

ja nein Wir wünschen das Auftauen unseres kryokonservierten Spermas für eine künstliche Befruchtung im aktuellen Zyklus.

Auftauen von Kryoeizellen

ja nein Wir wünschen das Auftauen unserer kryokonservierten Eizellen für einen Transfer im aktuellen Zyklus.

Embryoscope®

ja nein Wir wünschen die intensivierete Überwachung der Eizellteilung mit Hilfe des Embryoscopes®. Über die anfallenden Mehrkosten wurden wir informiert.

Assisted Hatching

ja nein Wir wünschen die mikroskopisch kontrollierte Laseranwendung an der Embryonenhülle. Über die anfallenden Mehrkosten wurden wir informiert.

UTM

ja nein Wir wünschen die Zugabe von UTM Medium, das die Wahrscheinlichkeit der Einnistung des Embryos in der Gebärmutter Schleimhaut durch biochemische Signale erhöhen kann.

Wir sind darüber informiert, dass vor Durchführung einer Punktion oder Auftau der Zellen in jedem neuen Zyklus diese Erklärung von beiden Partnern unterschrieben und in der Praxis abgegeben sein muss. Andernfalls kann aus juristischen Gründen die Behandlung nicht erfolgen.

Wir sind mit der anonymen / pseudonymen statistischen Auswertung der Behandlung einverstanden. Wir sind auch damit einverstanden, dass im Falle einer Schwangerschaft und Geburt medizinische Daten über den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und den Gesundheitszustand unseres Kindes von den behandelnden Ärzten und von uns der Praxis weitergegeben werden.

Wir haben eine Kopie dieses Dokumentes erhalten

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient

MVZ Gyn. Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH mit Hauptsitz in 92224 Amberg, Mariahilfbergweg 7, HRB 5715, Amtsgericht Amberg
Geschäftsführer und ärztlicher Leiter: Dr. med. Jürgen Krieg; Filiale in 92237 Sulzbach-Rosenberg

Erstellt von: Dr. Dagmar Schwirzer	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Schwirzer
Datum: 24.06.2011	Datum: 09.03.2017	Datum: 09.03.2017