

Einverständniserklärung

Patientin (Name, Vorname, Geburtsdatum)
--

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum)
--

- IVF** Wir wünschen die Durchführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) durch o.g. Frauenärzte. Über die möglichen Risiken der Behandlung wurden wir genau informiert. 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.

- Rescue ICSI** Wir wünschen die Durchführung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) bei 3-4 Zellen zur Vermeidung eines kompletten Befruchtungsversagens bei IVF. Über die mögliche Problematik dieser Behandlung wurden wir ausführlich informiert. Uns ist bewusst, dass diese Kosten nicht von der GKV übernommen werden und auch nicht förderfähig sind.

- Kryokonservierung**
- ja nein Wir sind über die Möglichkeiten der Kryokonservierung überzähliger Vorkernstadien informiert. Falls möglich, wünschen wir eine Kryokonservierung überzähliger Zellen im Vorkernstadium.
- ja nein Sollte im Behandlungsverlauf oder nach erfolgtem Transfer die Kryokonservierung von Embryonen mit guter Prognose sinnvoll oder möglich sein, wünschen wir die Kryokonservierung dieser Embryonen.

- 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.

- Embryo Glue**
- ja nein Wir wünschen die Zugabe von Embryo Glue Medium, das die Wahrscheinlichkeit der Einnistung des Embryos in der Gebärmutterschleimhaut 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, insbesondere der Embryotransfer, nicht erfolgen.

Vorab per E-Mail an: anmeldung@dr-krieg.de

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 Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg), Hauptsitz: Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg		
Erstellt von: Dr. Dagmar Schwirzer	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Schlamberger
Datum: 24.06.2011	Datum: 23.11.22	Datum: 23.11.22
Version 7		