

Einverständniserklärung

Patientin
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

Patient
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

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.

Auftauen von Kryoeizellen

 ja nein

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

Kryokonservierung

 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.

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

Bitte tragen Sie hier Ihre aktuellen Telefon- bzw. Handynummern ein, damit wir mit Ihnen in Verbindung bleiben können:

Telefonnummer Patientin: _____

Telefonnummer Patient: _____

Erstellt von: Dr. Dagmar Schwirzer	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Schlamberger	Version 6
Datum: 24.06.2011	Datum: 09.11.22	Datum: 09.11.22	