

Einverständniserklärung

Patientin (Name, Vorname, Geburtsdatum)
--

- IVF** Ich wünsche die Durchführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) durch o.g. Frauenärzte. Über die möglichen Risiken der Behandlung wurde ich genau informiert. Ich wurde auch in Kenntnis gesetzt, dass bei mir eine Blutentnahme (nicht älter als 2 Jahre) zum Ausschluss von Hepatitis B+C und HIV durchgeführt werden muss.
- ICSI** Ich wünsche die Durchführung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Über die mögliche Problematik dieser Behandlung wurde ich ausführlich informiert.
- Embryotransfer** Nach ausführlicher Information über Häufigkeit und Risiken von Mehrlingsschwangerschaften bin ich 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 Igelleistungen selbst zu zahlen.

- Rescue ICSI** Ich wünsche die Durchführung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) bei 3-4 Zellen zur Vermeidung eines kompletten Befruchtungsversagens bei IVF. Über die mögliche Problematik dieser Behandlung wurde ich ausführlich informiert. Mir ist bewusst, dass diese Kosten nicht von der GKV übernommen werden und auch nicht förderfähig sind.
- Kryokonservierung**
- ja nein Ich bin über die Möglichkeiten der Kryokonservierung überzähliger Vorkernstadien informiert. Falls möglich, wünsche ich 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, wünsche ich die Kryokonservierung dieser Embryonen.

- Auftauen von Kryosperma (Spender)**
- ja nein Ich wünsche das Auftauen des kryokonservierten Spermias für eine künstliche Befruchtung im aktuellen Zyklus.

- Auftauen von Kryoeizellen**
- ja nein Ich wünsche das Auftauen der kryokonservierten Eizellen für einen Transfer im aktuellen Zyklus.

- Embryoscope®**
- ja nein Ich wünsche die intensivierete Überwachung der Eizellteilung mit Hilfe des Embryoscopes®. Über die anfallenden Mehrkosten wurde ich informiert.

- Assisted Hatching**
- ja nein Ich wünsche die mikroskopisch kontrollierte Laseranwendung an der Embryonenhülle. Über die anfallenden Mehrkosten wurde ich informiert.

- Embryo Glue**
- ja nein Ich wünsche die Zugabe von Embryo Glue Medium, das die Wahrscheinlichkeit der Einnistung des Embryos in der Gebärmutterschleimhaut durch biochemische Signale erhöhen kann.

Zur Klärung von abstammungs-, erb-, umgangs- und unterhaltsrechtlicher Fragestellungen wird die juristische Beratung bei einem Rechtsanwalt oder Notar angeraten. Diese Beratung wird empfohlen ist aber nicht gesetzlich vorgeschrieben und somit freiwillig. Ein Nachweis über die Beratung muss nicht bei uns vorgelegt werden.
Ich bin darüber informiert, dass vor Durchführung einer Punktion oder Auftau der Zellen in jedem neuen Zyklus diese Erklärung von mir 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

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

Ich habe eine Kopie dieses Dokumentes erhalten

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin

MVZ Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg), Hauptsitz: Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg

Erstellt von: Schlamberger	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch:	Version 1
Datum: 08.02.23	Datum: 08.02.23	Datum:	