

Interne Formulare

Q:\Interne Formulare\Kiwu\Mappen IVF_ICSI\A Einverständniserklärung IUI mit Kryosperma Deutsch Version 6.docx



Einverständniserklärung

Patientin
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

Partner*in
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

Auftauen von Kryosperma (homolog)

ja nein

Wir wünschen das Auftauen unseres kryokonservierten Spermias für die Durchführung einer Insemination im aktuellen Zyklus.

Auftauen von Spendersperma (heterolog)

ja nein

Wir wünschen das Auftauen des von uns bestellten kryokonservierten Spenderspermias für die Durchführung einer Insemination im aktuellen Zyklus.

Wir sind darüber informiert, dass vor dem Auftauen in jedem neuen Zyklus diese Erklärung von beiden Partnern unterschrieben und in der Praxis abgegeben sein muss. Andernfalls kann aus juristischen Gründen die Insemination nicht erfolgen.

Vorab per E-Mail an: anmeldung@kiwuamberg.de

Wir haben eine Kopie dieses Dokumentes erhalten

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner*in

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: Maxa | Geändert durch: Kopp | Version 6 |
| Datum: 26.01.2017 | Datum: 22.01.2025 | Datum: 22.01.2025 | |