

Interne Formulare

Q:\Interne Formulare\Kiwu\Mappen IVF_ICSI\A Einverständniserklärung Kryozyklus Deutsch Version 9.docx



Einverständniserklärung

Patientin
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

Partner
(Name, Vorname,
Geburtsdatum)

Embryotransfer Nach ausführlicher Information über Häufigkeit und Risiken von Mehrlingsschwangerschaften sind wir mit der Übertragung von Embryozellen einverstanden.

Bitte hier die 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- über die anfallenden Mehrkosten wurden wir informiert. Bitte setzen Sie bei allen Leistungen ein Kreuz bei ja oder nein

Auftauen von kryokonservierten Eizellen/Embryonen

ja
 nein

Wir wünschen das Auftauen unserer kryokonservierten Eizellen/Embryonen 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 Zellteilung mit Hilfe des Embryoscopes®.

Assisted Hatching

ja
 nein

Bei auffälliger Embryonenhüllen wünschen wir die mikroskopisch kontrollierte Laseranwendung.

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@kiwuamberg.de

Wir haben eine Kopie dieses Dokumentes erhalten

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner

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

Telefonnummer Patientin: _____

Telefonnummer Partner: _____