

## Einverständniserklärung

**Empfängerin/Patientin**  
(Name, Vorname,  
Geburtsdatum)

**Co-Mutter/Partnerin**  
(Name, Vorname,  
Geburtsdatum)

- IVF** Wir wünschen die Durchführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) durch das Kinderwunschzentrum Amberg. 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 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**

**Rescue ICSI**  ja  nein  
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 erfolgreichem Transfer die Kryokonservierung von Embryonen mit guter Prognose sinnvoll oder möglich sein, wünschen wir die Kryokonservierung dieser Embryonen.

**Auftauen von Kryosperma (Spender)**  ja  nein  
Wir wünschen das Auftauen unseres kryokonservierten Spermias für eine künstliche Befruchtung im aktuellen Zyklus.

**Auftauen von kryokonservierten Eizellen/Embryonen**  ja  nein  
Wir wünschen das Auftauen unserer kryokonservierten Eizellen/Embryonen für einen Transfer im aktuellen Zyklus.

**Embryoscope®**  ja  nein  
Wir wünschen die intensivierete Überwachung der Zellteilung mit Hilfe des Embryoscopes®.

**Assisted hatching**  ja  nein  
Bei auffälliger Embryonenhülle 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 Gebärmutter schleimhaut 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.

**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](mailto:anmeldung@kiwuamberg.de)

*Wir haben eine Kopie dieses Dokumentes erhalten*

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Empfängerin/Patientin

-----  
Unterschrift Co-Mutter/Partnerin

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: Maxa	Geändert durch: Kopp	Version 4
Datum: 08.02.23	Datum: 22.01.2025	Datum: 22.01.2025	