

Kinderwunschpraxis München Nord

Schleißheimer Str. 91
85748 Garching b. München

Fax: 089 / 4523545-45

Mail: labor@kinderwunschpraxis-muenchen-nord.de

Einverständniserklärung Embryonenfreigabe

Bitte unbedingt sofort ausfüllen, unterschreiben und an uns schicken, faxen* oder mailen*!

*Bitte bringen Sie das Original zum Transfer mit

Frau _____ geb. _____

Herr _____ geb. _____

Anschrift: _____

In unserem letzten IVF/ICSI-Zyklus wurden befruchtete Eizellen in 2er- oder 3er-Gruppen kryokonserviert oder einzelne Embryonen vitrifiziert. Durchschnittlich überleben 20-30% der Zellen den Einfrier- und Auftauvorgang nicht.

Wir sind einverstanden, dass - falls erforderlich - mehr als eine Gruppe befruchteter Eizellen oder Embryonen aufgetaut wird, um die gewünschte Anzahl an Embryonen transferieren zu können und, dass gegebenenfalls nicht entwicklungsfähige und/ oder überzählige befruchtete Eizellen verworfen werden.

Wir wünschen das Auftauen und die Weiterkultivierung unserer Eizellen im Vorkernstadium / Embryonen mit dem Ziel der Übertragung von

- 1 Embryo
- 2 Embryonen
- 3 Embryonen

Über die weiteren medizinischen Aspekte sind wir aufgeklärt worden; Insbesondere wurden wir auf das Risiko einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft infolge eines Transfers mit 3 Embryonen hingewiesen.

Wir wissen, dass wir die Kosten dieser Therapie selbst übernehmen müssen. Dies gilt auch für mehrfache Behandlungen, die auf unseren Wunsch hin durchgeführt werden.

Datum: _____

Unterschrift Frau: _____ Unterschrift Mann: _____