Kinderwunschpraxis München Nord

Schleißheimer Str. 91
85748 Garching b. München
Fax: 089 / 4523545-45
Mail: labor@kinderwunschpraxis-muenchen-nord.de

Einverständniserklärung Embryonenfreigabe

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen und unterschreiben!

Bitte das Dokument spätestens zur ersten Ultraschalluntersuchung des Auftauzyklus mitbringen.

Frau _____ **geb.** _____

Herr_____ **geb.** _____

Anschrift: _____

In unserem letzten IVF/ICSI-Zyklus wurden befruchtete Eizellen (in 2er- oder 3er-Gruppen) oder einzelne Embryonen kryokonserviert. Durchschnittlich überleben 80-90% der Zellen den Einfrier- und Auftauvorgang.
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 Embryonen verworfen werden.

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

☐ 1 Embryo
☐ 2 Embryonen

Über die weiteren medizinischen Aspekte sind wir aufgeklärt worden. Insbesondere wurden wir auf das Risiko einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft infolge eines Transfers mit 2 Embryonen hingewiesen.
Wir wissen, dass wir die Kosten dieser Therapie selbst übernehmen müssen.

Datum: _____

Unterschrift Frau: _____ Unterschrift Mann: _____