

Vereinbarung:

**Embryotransfer nach Kryokonservierung
Auftauen und Weiterentwicklung von befruchteten Eizellen
(sog. "2-PN-Zellen" oder Embryonen)
(FAX-Nr. des CERF: 0761 - 32 111)**

Patientin: _____
Name Vorname Geb.-Dat.

Patient: _____
Name Vorname Geb.-Dat.

Die von dem Patientenpaar maximal gewünschte Anzahl der zu übertragenden Embryonen (maximal 3!) muss von vornherein von dem Patientenpaar ausdrücklich angegeben werden. Bei der Übertragung von 3 Embryonen, die aus befruchteten, tiefgefroren, aufgetauten Eizellen (2-Pronuclei-Zellen) entstanden sind, können in deutlich weniger als 2 % der Schwangerschaften Drillinge entstehen. Die Infektionsgefahr für den Bereich des Unterleibs (Gebärmutter, Eileiter, Eierstock, Bauchhöhle) durch Verschleppung von Krankheitskeimen mit der Übertragung ist bei uns extrem, das heißt vernachlässigbar gering.

Hiermit sind wir mit der Durchführung eines Embryotransfers (Übertragung von Embryonen in die Gebärmutter) einverstanden.

Wir wünschen in gegenseitiger Absprache die Übertragung von maximal

- 1 Embryo
- 2 Embryonen
- 3 Embryonen

- 1 Embryo
- 2 Embryonen
- 3 Embryonen

- 1 Embryo
- 2 Embryonen
- 3 Embryonen

Datum

Datum

Datum

Patientin Unterschrift

Patientin Unterschrift

Patientin Unterschrift

Patient Unterschrift

Patient Unterschrift

Patient Unterschrift