

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, tiefgefrorenen, 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 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