



Klinik/Praxis

Patientenname und -adresse



Thieme Compliance

Gyn 19

Diomed

## Befruchtung außerhalb des Körpers

(In-vitro-Fertilisation, IVF;  
Intracytoplasmatische Spermieninjektion, ICSI)

### Sehr geehrtes Patientenpaar,

unsere Vorgespräche und die Auswertung der Befunde haben ergeben, dass in Ihrem Fall eine Befruchtung außerhalb des Körpers zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches anzuraten ist. Dieser Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Bitte lesen Sie ihn vor dem Gespräch aufmerksam durch.

### Kostenübernahme

Der Gesetzgeber schreibt den gesetzlichen Krankenkassen vor, in welchen Fällen und inwieweit sie Kosten für die künstliche Befruchtung übernehmen dürfen. Ihr Arzt informiert Sie über die derzeit gültigen Bestimmungen. Bitte klären Sie die Kostenübernahme unter Vorlage des Behandlungsplans, den wir für Sie erstellt haben, mit Ihrer Krankenkasse vor Beginn der Behandlung ab.

### Der Behandlungszyklus

Eine Befruchtung außerhalb des Körpers (extrakorporale Befruchtung, „künstliche Befruchtung“) läuft folgendermaßen ab:

#### 1. Stimulation der Eizellreifung

Die Chancen, mehrere reife Eizellen zu gewinnen, erhöhen sich, wenn die Eierstöcke mit Hormonen stimuliert werden. Die Hormone werden meist unter die Haut oder in die Muskulatur gespritzt, manchmal auch – ggf. zusätzlich – als Tabletten eingenommen. Die meisten Frauen spritzen sich die Hormone nach entsprechender Anleitung selbst.

Die Stimulationsphase dauert in der Regel 8 – 16 Tage. Währenddessen überwachen wir das Wachstum der Eibläschen, in denen sich die Eizellen befinden, und schließen daraus auf die Reife der Eizellen.

Um einen unkontrollierten Eisprung zu verhindern – manchmal auch zur Zyklusregulierung –, werden oft im Vorzyklus oder im Behandlungszyklus zusätzlich noch

andere Hormone (sogenannte GnRH-Analoga) gegeben. Sie werden gespritzt oder als Nasenspray verabreicht, in manchen Fällen kombiniert mit Hormontabletten.

32 – 36 Stunden vor der geplanten Eizellentnahme löst eine Hormonspritze die letzte Reifeteilung der Eizellen aus.

#### 2. Eizellentnahme

Der Eingriff wird meist in Kurznarkose durchgeführt, über deren Verfahren und Risiken Sie gesondert aufgeklärt werden. Wir führen unter Ultraschallsicht eine Punktionsnadel über die Scheide in die Bauchhöhle ein. Dann punktieren wir nacheinander die Eierstöcke, um aus den Eibläschen die Flüssigkeit und die darin befindlichen Eizellen abzusaugen. Nur in wenigen speziellen Fällen ist dafür stattdessen eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) notwendig; ggf. klären wir Sie darüber gesondert auf.

#### 3. Zusammenführung von Ei- und Samenzellen

##### – In-vitro-Fertilisation (IVF):

Eizellen und Samenzellen (Spermien), die in der Regel am selben Tag gewonnen und aufbereitet werden, werden gemeinsam in einer Nährlösung bei Körpertemperatur bebrütet. Die IVF ist das Verfahren der Wahl bei unerfülltem Kinderwunsch aufgrund z.B. von Störungen der Eileiterfunktion, Endometriose, einer mäßig eingeschränkten Fruchtbarkeit des Mannes, bestimmten Störungen des Immunsystems oder in bestimmten Fällen einer unerklärlichen Fruchtbarkeitsstörung.

##### – Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):

Unter mikroskopischer Sicht wird jeweils eine einzelne, speziell vorbereitete Samenzelle direkt in eine Eizelle gespritzt. Die ICSI ist das Verfahren der Wahl, wenn nur wenige Samenzellen im Sperma vorliegen, die Samenzellen nicht beweglich genug sind oder sehr auffällig aussehen oder es in einem vorausgegangenem IVF-Zyklus nicht zur Befruchtung gekommen war. Auch vormalig eingefrorene Eizellen (Eizellreserve) müssen bei Kinderwunsch auf diese Weise befruchtet werden.



Am nächsten Tag wird kontrolliert, in welche Eizelle eine Samenzelle eingedrungen ist, und ob sich die beiden Zellkerne auf eine „Verschmelzung“ vorbereiten (Vorkernstadium). Die Verschmelzung der beiden Zellkerne stellt die eigentliche Befruchtung dar. Mit der „Verschmelzung“ der beiden Vorkerne ist die Befruchtung abgeschlossen, und man spricht nunmehr von einem Embryo.

Über die Vor- und Nachteile der beiden Methoden, ihre unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgsaussichten werden Sie gesondert informiert.

#### 4. Übertragung in die Gebärmutter

##### – Embryonenübertragung (Embryonentransfer):

Im Allgemeinen werden 2 – 3 Tage nach der Eizellentnahme die Embryonen, die dann schon mehrzellig sind, mit einem dünnen Katheter in die Gebärmutter der Frau übertragen. Werden mehrere Embryonen übertragen, so steigen eventuell die Chancen auf eine Schwangerschaft, gleichzeitig steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit einer risikoreichen Mehrlingsschwangerschaft.

##### – Blastozystenübertragung (Blastozystentransfer):

Wenn man die Embryonen 5 – 6 Tage in der Nährlösung wachsen lässt, kann man das Wachstum verfolgen. Man hofft, diejenigen Embryonen zu erkennen, die sich regelgerecht entwickeln und die beste Fähigkeit zum Einnisten haben (Blastozysten). Nur diese werden in die Gebärmutter übertragen, damit das Mehrlingsrisiko nicht zu hoch wird. Es besteht andererseits aber das Risiko, dass sich die Embryonen in der länger andauernden Kultivierung nicht mehr regelgerecht weiterentwickeln. Die

Chancen auf eine Schwangerschaft erhöhen sich deshalb durch den Blastozystentransfer nur im Einzelfall. Wie viele Eizellen länger in der Nährlösung gehalten werden sollen, um nach 5 – 6 Tagen die gewünschte Anzahl entwicklungsfähiger Blastozysten zum Transfer zu erzielen, muss individuell mit Ihnen festgelegt werden (siehe rechtliche Beschränkungen).

#### 5. Erfolgskontrolle

Etwa 14 Tage nach der Übertragung führen wir anhand einer Blutprobe einen Schwangerschaftstest durch. Das Einnisten des Embryos in die Gebärmutter wird im Allgemeinen durch die Gabe von Hormonen (Progesteron, hCG) unterstützt.

Wenn es nicht zum Eintritt einer Schwangerschaft gekommen sein sollte, hängt es zum einen von Ihrem Wunsch und andererseits von Ihrem körperlichen Zustand ab, ob und wann ein weiterer Behandlungszyklus erfolgt.

Wir raten zur extrakorporalen Befruchtung nur dann, wenn andere, einfachere Methoden (z.B. alleinige Eierstockstimulation und/oder eine Inseminationsbehandlung) keine hinreichende Erfolgsaussicht bieten.

### Rechtliche Beschränkungen

Da insbesondere Drillingschwangerschaften ein erhebliches medizinisches Problem darstellen und die Eltern schwer belasten können, wird die Übertragung in Deutschland im Allgemeinen auf zwei Embryonen je Zyklus begrenzt. Die Empfehlung, wie viele Embryonen übertragen werden sollen, richtet sich nach der Eierstockreaktion, der Anzahl der Eizellen im Vorkernstadium, dem Alter der Frau und dem Verlauf vorangegangener Behandlungszyklen. Die Übertragung von mehr als drei Embryonen ist verboten.

Im Allgemeinen durchläuft nur die Anzahl an Eizellen den Befruchtungsvorgang komplett, die für den Embryotransfer in diesem Zyklus vorgesehen ist.

Mehrere Eizellen im Vorkernstadium dürfen nur mit dem einen Ziel weiter kultiviert werden, dass am Ende der Kultivierung, im Allgemeinen nach 5 – 6 Tagen, gerade die Anzahl an sich regelgerecht entwickelnden Embryonen vorliegt, die zum Embryotransfer vorgesehen ist. Ob dies aufgrund Ihrer individuellen Gegebenheiten (z.B. Alter, Eierstockreaktion, Anzahl gewonnener und sich regelgerecht entwickelnder Eizellen, Anzahl und Gestalt der Vorkernstadien, Verlauf und Ergebnis vorausgegangener Zyklen entsprechend des sog. Deutschen Mittelwegs) sinnvoll ist, werden wir ausführlich mit Ihnen besprechen.

Die Schaffung eines „Embryo-Vorrats“ oder das Aussuchen eines einzigen Embryos aus mehreren, der dann übertragen werden soll (sog. „elektiver Single-Embryotransfer“), ist in Deutschland aufgrund des Embryonenschutzgesetzes verboten.

Sind wider Erwarten mehr Zellen im Vorkernstadium bzw. Embryonen vorhanden als zur Übertragung geplant (insbesondere bei der Blastozystenkultur), so müssen Sie entscheiden, was mit den überzähligen geschehen soll. Nach den rechtlichen Vorgaben sind diese entweder sofort zu vernichten oder können nach Ihrer Wahl tiefgefroren gelagert werden (= Kryokonservierung), damit sie in einem späteren Zyklus aufgetaut, weiter kultiviert und übertragen werden können. Darüber werden wir Sie gesondert aufklären.

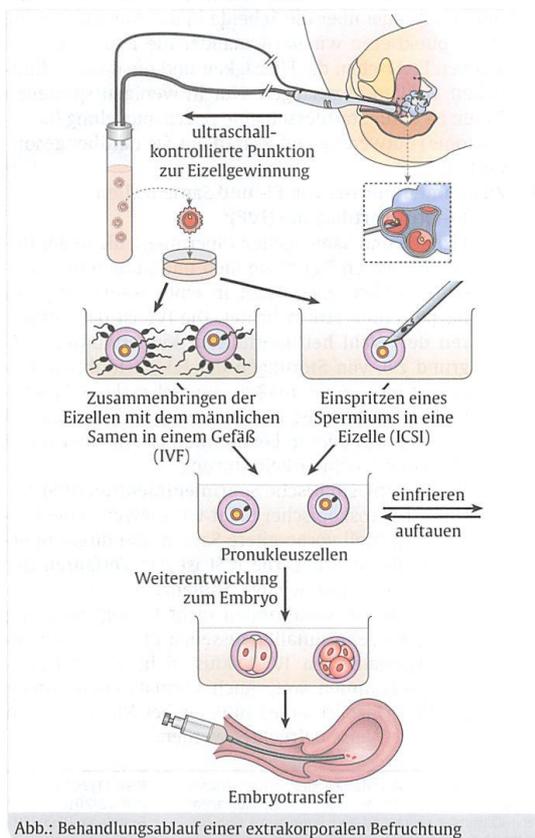


Abb.: Behandlungsablauf einer extrakorporalen Befruchtung



## Risiken und mögliche Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen für Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vorerkrankungen und individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

### Risiken für die Frau

- Gelegentlich kommt es durch die verabreichten Medikamente zu **Hitzewallungen, Verdauungsstörungen, Spannungsgefühl in den Brüsten, Kopfschmerzen, Sehstörungen** (z.B. verschwommenes Sehen, Augenflimmern), **schmerzhaftem Ziehen im Unterbauch oder Eierstockzysten**. Diese Nebenwirkungen verschwinden nach Absetzen der Medikamente von selbst.
- **Überstimulationssyndrom**: Die Behandlung mit **eierstockstimulierenden Hormonen** kann zu einer **überschießenden Reaktion der Eierstöcke** führen. Es reifen dann sehr viele Eibläschen heran. Die Größe der Eierstöcke kann **erheblich** zunehmen, und es sammelt sich **Gewebeflüssigkeit in der Bauchhöhle**, selten auch im **Rippenfellspalt über der Lunge und/oder im Herzbeutel** an. Dies kann **Völlegefühl, Bauchschmerzen, Übelkeit und Atemnot** zur Folge haben. Der Austritt von Flüssigkeit aus den Blutgefäßen führt zur **Blutverdickung** und erhöht damit das Risiko, dass sich **Blutgerinnsel bilden (Thrombose)**, die eventuell verschleppt werden und ein Blutgefäß verschließen (Folge z.B. **Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Beinvenenthrombose**). Ein solches Überstimulationssyndrom kann im **Extremfall zu einer lebensbedrohlichen Situation** führen! Zur Vorbeugung oder im Behandlungsfall werden oft blutverdünnende Medikamente gegeben. Sie erhöhen jedoch alle das Risiko von Blutungen. Der Wirkstoff Heparin kann selten auch eine lebensbedrohliche Gerinnselbildung verursachen (HIT II). In Einzelfällen kann ein so vergrößerter Eierstock sich um seine Verankerung drehen (**Stieldrehung**). Das verursacht sehr starke Bauchschmerzen. Meist ist dann eine Notoperation per Bauchspiegelung nötig, um den Eierstock zurückzudrehen und mit Nähten zu fixieren. Falls die Drehung längere Zeit unbehandelt bleibt, kann der Eierstock zugrunde gehen.
- Tritt durch die extrakorporale Befruchtung eine Schwangerschaft ein, wird das Überstimulationssyndrom durch die mit der Schwangerschaft verbundene natürliche Hormonumstellung der Frau **zusätzlich gefördert**. Zur Überwachung und Stützung lebenswichtiger Organfunktionen kann eine stationäre Behandlung – in seltenen Fällen auf der Intensivstation – erforderlich werden. Oft reicht aber eine ambulante Behandlung aus.
- Die Eizellentnahme kann selten zu **Infektionen mit Vereiterung des Unterleibs, Verletzungen des Darms und starken Nachblutungen** aus dem punktierten Eierstock führen. Es kann eine Antibiotikabehandlung und/oder eine Bauchoperation erforderlich werden, wobei – allerdings sehr selten – ein Eierstock oder beide Eierstöcke entfernt werden müssen. Unter ungünstigen Umständen kann es zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) kommen, die intensivmedizinisch behandelt werden muss. **Nachblutungen** können auch eine Bluttransfusion erfordern. Bei einer Fremdblutübertra-

gung ist das Infektionsrisiko (z.B. Hepatitis, AIDS) äußerst gering. Eine Nachuntersuchung zum Ausschluss übertragener Infektionen kann u.U. empfehlenswert sein. Ob dies der Fall ist, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt.

- Es kann nach der Punktion zu **Scheidenblutungen oder Scheidenausfluss** kommen.
- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen). Leichtere allergische Reaktionen können vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel oder Erbrechen verursachen.
- Es gibt Hinweise, dass das Risiko von **gut- oder bösartigen Tumoren der Eierstöcke oder der Geschlechtsorgane** nach mehrfachen Stimulationszyklen im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung langfristig erhöht sein könnte. Aktuelle Untersuchungen lassen jedoch den Schluss zu, dass dieses Risiko eher auf die Störung der Fruchtbarkeit selbst zurückzuführen ist und nicht auf die Stimulationstherapie. Eine abschließende Klärung der Zusammenhänge liegt derzeit jedoch nicht vor.
- Die Embryonenübertragung verursacht manchmal **leichte Schmerzen**, insbesondere dann, wenn der Gebärmutterhalskanal stark abgeknickt ist. In seltenen Fällen kann deshalb eine Kurznaarkose zur Übertragung nötig werden, über deren Verfahren und Risiken wir Sie rechtzeitig aufklären. Selten reagieren Frauen mit vorübergehenden **Bauchkrämpfen**.
- **Haut-/Gewebe-/Nervenschäden** durch die Lagerung und durch die Hormonspritzen (aber auch z.B. Desinfektionen, Laser, elektrischer Strom) sind selten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzündungen, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen (z.B. der Gliedmaßen).
- Auch im Rahmen einer „künstlichen Befruchtung“ kann es zu einer lebensgefährlichen **Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft** kommen, die in der Regel operativ behandelt werden muss. Die **Fehlgeburtenrate** ist höher als bei spontan eintretender Schwangerschaft. Bei einem Embryonentransfer werden in der Regel 2, ausnahmsweise 3 Embryonen übertragen, daher treten **Mehrlingsschwangerschaften** häufiger als bei natürlichen Schwangerschaften auf.
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die extrakorporale Befruchtung für die Partner eine verstärkte **psychische Belastung** bedeutet.

### Risiken für das Kind

- Das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen (z.B. Frühgeburten, Kinder mit geringerem Geburtsgewicht, Schwangerschaftsvergiftung [Gestose]) steigt, wenn eine Schwangerschaft in fortgeschrittenem Alter der Frau (insbesondere 40 Jahre und älter) herbeigeführt wird.
- Das Risiko, dass das Kind an einer angeborenen **Krankheit** (z.B. **Fehlbildung, Organdefekt, Chromosomenanomalie**) leidet, bestimmt sich in erster Linie nach den individuellen Risikofaktoren des Paares. Von Bedeutung sind insbesondere das Alter und das Körpergewicht der Frau, vorausgegangene Strahlen- oder Chemotherapien und eine erblich bedingte familiäre Belastung.



- Es gibt Hinweise, dass das Risiko von Erkrankungen des Kindes (z.B. frühzeitige Gefäßalterung, Bluthochdruck) erhöht sein kann.  
Im Einzelfall empfehlen sich eine humangenetische Beratung, ggf. mit vorgeburtlicher Untersuchung des Kindes mittels Ultraschall, Entnahme von Mutterkuchenge-webe (Chorionzottenbiopsie) oder Fruchtwasserentnahme oder sonstige genetische Untersuchungen.
- Die wissenschaftlichen Untersuchungen zu möglichen Risiken für das Kind bei extrakorporaler Befruchtung sind noch nicht abgeschlossen. Daher lassen sich auch langfristige gesundheitliche Probleme beim Kind, die ggf. auf die Behandlung zur extrakorporalen Befruchtung zurückzuführen sind, noch nicht abschließend einschätzen.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen unklar und wichtig erscheint (z.B. nicht genannte Nebenwirkungen der Medikamente, die in Ihrem Fall bedeutsam sein könnten).

### Erfolgsaussichten

In Einzelfällen kann es notwendig werden, einen Behandlungszyklus abzubrechen. Mögliche Gründe sind eine zu geringe oder zu ausgeprägte Reaktion der Eierstöcke (Überstimulationssyndrom), ein zum unpassenden Zeitpunkt eintretender Eisprung, nicht zum rechten Zeitpunkt vorhandenes Spermium oder Eizellen, die sich erkennbar nicht normal entwickeln. Eizellen, die beim Abbruch des Behandlungszyklus schon vorhanden oder ggf. überzählig sind, können eingefroren werden. Wie im Übrigen zu verfahren ist, sprechen wir dann im Einzelfall mit Ihnen ab.

Unter optimalen Bedingungen liegt die Wahrscheinlichkeit einer auf natürlichem Weg eintretenden Schwangerschaft bei etwa 25 – 30 Prozent pro Zyklus; bei Frauen über 35 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit geringer. Die natürlichen Raten werden bei der „künstlichen Befruchtung“ im Durchschnitt ebenfalls erreicht. Eine Schwangerschaft kann aber nicht garantiert werden, und die Ursachen der Kinderlosigkeit sowie das Alter der Frau, Rauchen und Übergewicht können die Erfolgsaussichten erheblich verschlechtern.

Falls der erste Behandlungszyklus nicht zum Erfolg führte, besprechen wir mit Ihnen die Erfolgsaussichten eines weiteren Behandlungszyklus, falls gewünscht. Informieren Sie uns über Nebenwirkungen und etwaige Komplikationen, die in vorhergehenden Behandlungszyklen aufgetreten sind. Entscheiden Sie sich für einen weiteren Behandlungszyklus erst, wenn etwaige Zweifelsfragen geklärt sind. Über medizinische Umstände, die für Ihre Entscheidung von Bedeutung sein können, die IVF-/ICSI-Behandlung nicht mehr fortzusetzen, werden wir Sie informieren. Trotz aller Sorgfalt lässt sich aber auch mit mehreren Behandlungszyklen ein Erfolg (Schwangerschaft) nicht garantieren.

### Verhaltenshinweise

#### Vor der Behandlung

Bitte informieren Sie uns über alle Medikamente (auch pflanzliche und rezeptfreie), die Sie einnehmen. Der behandelnde Arzt wird dann entscheiden, ob und wann diese Medikamente abgesetzt bzw. durch ein anderes Mittel ersetzt werden müssen. Dazu gehören insbesondere blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Iscover®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin).

Bitte legen Sie einschlägige **Unterlagen** wie z.B. **Ausweise/Pässe** (Allergie, Mutterschaft, Röntgen, Implantate etc.), **Be-funde** und **Bilder** – soweit vorhanden – vor.

#### Während und nach der Behandlung

Wenden Sie die verordneten Medikamente an, wie sie in Ihrem individuellen Behandlungsplan festgelegt sind, und setzen Sie nach Absprache mit den behandelnden Ärzten Präparate ab, die mit der Behandlung nicht vereinbar sind.

Informieren Sie bitte die behandelnden Ärzte unverzüglich über Nebenwirkungen und Komplikationen (z.B. **Anzeichen einer Überstimulation wie geblähter Bauch, Bauchschmerzen**), die mit der Behandlung in Zusammenhang stehen könnten (z.B. **Fieber über 38 °C, Schmerzen, Sehstörungen**).

Bitte halten Sie **unbedingt** zu Ihrer eigenen Sicherheit – insbesondere wegen der Gefahr einer Überstimulation –, aber auch zur Sicherung des Behandlungserfolgs alle Termine für **Kontrolluntersuchungen** und die **Behandlung** ein.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Reaktionsvermögen durch Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittel **nach der ambulanten Punktion** vorübergehend beeinträchtigt ist. Lassen Sie sich deshalb unbedingt von einer erwachsenen Person abholen und stellen Sie für die ersten 24 Stunden eine Betreuung zu Hause sicher. Sie dürfen in diesem Zeitraum nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen und keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen. Ferner sollten Sie keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken.

In Einzelfällen (z.B. beim Auftreten von Sehstörungen) kann auch die medikamentöse Stimulationsbehandlung Ihre Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und zur Arbeit an laufenden Maschinen beeinträchtigen. Beides muss dann unbedingt unterbleiben.

Nach der Eizellentnahme bis zum Schwangerschaftstest, insbesondere wenn Anzeichen einer Überstimulation festzustellen sind, muss körperliche Schonung eingehalten werden. Heftige Drehungen und Erschütterungen sollten vermieden werden. Achten Sie darauf, ausreichend zu trinken (2,5 – 3 Liter pro Tag). Von heißen Vollbädern und Sauna ist abzuraten. Geschlechtsverkehr kann nach der Eizellentnahme und wegen der Eierstockvergrößerung für die Frau sehr schmerzhaft sein; werden Hormone über die Scheide verabreicht, ist von Geschlechtsverkehr abzuraten.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass das Angebot besteht, sich beim Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) psychosozial beraten zu lassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt



Patientenname und -adresse

Vermerke der Ärztin/des Arztes  
zum Aufklärungsgespräch

Name

Erörtert wurden vor allem: Art und Zweck der extrakorporalen Befruchtung, Behandlungsplan, eventuell erforderliches Umstellen des Behandlungsplans, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile der beiden Methoden zur künstlichen Befruchtung, Kombination mit anderen Behandlungen, Risiken, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen von Medikamenten, individuelle risikoerhöhende Umstände, Risiken für die Frau und das Kind, psychische Belastung für das Paar, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Notwendigkeit weiterer Behandlungszyklen), evtl. erforderliche Erweiterungen bzw. Änderungen des Eingriffs (z.B. Abbruch der Stimulationsbehandlung), Erfolgsaussichten, rechtliche Beschränkungen des Embryonentransfers, Verhaltenshinweise, Notwendigkeit zur Klärung der Kostenübernahme, Frage nach erblichen Störungen und evtl. angeborenen Fehlbildungen sowie (bitte hier insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z.B. Anzahl der zu kultivierenden und zu übertragenden Embryonen, Ablehnung einzelner Maßnahmen, z.B. der Stimulationsbehandlung, und ggf. spezielle Vermerke sowie die Gesprächsdauer dokumentieren):

Sonstige Risiken:

Mehrlingsschwangerschaft; Überstimulationssyndrom; Hohe Krebsrate unter Stimulation; Thrombose; Embolie; Blutungen und Nachblutungen; Verletzung der Nachbarorgane und Strukturen; (z.B. Darm, Blase; Urether, Harnleiter, Nerven, Gefäße); Erweiterung der OP nach Befund und Komplikationen; Versorgung von Verletzungen; Bauchschnitt; Wundheilungsstörung; Gefahr einer Infektion mit HIV 1 o. 2; Hepatitis B oder C durch Fremdblutübertragung

Erbliche Störung der Fruchtbarkeit des Paares oder naher Angehöriger (nur Blutsverwandte) oder angeborene Fehlbildungen:

Familie der Frau:  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Familie des Mannes:  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Extrakorporale Befruchtung

Gyn 19

Diomed

Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

- Gabe von Hormonen zur **Stimulation** der Eizellreifung
- Eizellentnahme durch **Punktion** der Eierstöcke
- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Durchführung einer sog. **Blastozystenkultur** mit maximal \_\_\_\_\_ (Anzahl) Embryonen
  - aufgrund des **Alters**
  - aufgrund der zu **erwartenden Zahl** von gewonnenen Eizellen
  - aufgrund des Verlaufs des **Vorzyklus**
  - aufgrund von **Anzahl und Gestalt der Vorkernstadien**
- Übertragung** von
  - einem Embryo** in die Gebärmutter,
  - zwei Embryonen** in die Gebärmutter,
  - drei Embryonen** in die Gebärmutter
- Gabe von **Hormonen nach der Übertragung** der Embryonen in die Gebärmutter

Überzählige Vorkernstadien/Embryonen sollen

- tiefgefroren werden.
- verworfen werden.

Vorgesehener Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

Datum

Nur im Fall einer Ablehnung

Wir willigen in die vorgeschlagene Behandlung nicht ein. Wir haben den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin

Patient

ggf. Zeuge

Ärztin/Arzt



## Einwilligung

Wir haben den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Über die geplante Behandlung, Behandlungsalternativen, deren Vor- und Nachteile, unterschiedliche Risiken, Belastungen und Erfolgchancen, Art und Bedeutung der Maßnahmen, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten sowie Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Notwendigkeit weiterer Behandlungszyklen) und evtl. erforderliche Erweiterungen bzw. Änderungen des Eingriffs (z.B. Abbruch der Stimulationsbehandlung, Eizellentnahme durch Bauchspiegelung) wurden wir in einem Aufklärungsgespräch mit

der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_

ausführlich informiert. Dabei konnten wir alle uns wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Wir haben keine weiteren Fragen, fühlen uns genügend informiert, haben die Gründe für und gegen die künstliche Befruchtung seit Langem erwogen und **wünschen die Zusammenführung von Ei- und Spermazellen mit dem vorgesehenen Verfahren zur Erfüllung unseres Kinderwunschs.** Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Eingriffs sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen sind wir ebenfalls einverstanden.

**Verhaltenshinweise und Empfehlungen zur Nachsorge nach ambulanter Operation** haben wir erhalten.

Wir wurden darauf hingewiesen, dass

- diese Einwilligung in die Behandlung unmittelbar nur für den jeweiligen Behandlungszyklus gilt,
- wir die Einwilligung, jeder für sich allein oder gemeinsam, jederzeit, auch während der laufenden Behandlung, widerrufen können,
- anonymisierte Daten über den Behandlungszyklus von dem Zentrum an die jeweilige Landesbehörde und an das zentrale IVF-Register gemeldet werden. Anonymisierte Daten können auch für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen werden.

**Nur für gesetzlich Versicherte:** Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass bisher bzw. seit der letzten Geburt insgesamt \_\_\_\_\_ IVF- und/oder ICSI-Behandlungen ohne Erreichung einer Schwangerschaft durchgeführt wurden. Wir sind darüber aufgeklärt, dass eine falsche Angabe dazu führen kann, dass die gesetzliche Krankenkasse/Beihilfestelle die dann entstehenden Kosten der ärztlichen Behandlung und für Arzneimittel nicht übernimmt oder als Schadenersatz zurückfordert.

Wir wünschen die Durchführung dieser Behandlung unabhängig von einem eventuellen Erstattungsanspruch gegenüber gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen bzw. sonstigen Kostenträgern. Wir sind bereit, die Behandlungskosten unabhängig von einer Bewilligung/Erstattung durch die o.g. Kostenträger in vollem Umfang selbst zu tragen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin

Patient

Ärztin/Arzt

## 2. Behandlungszyklus

Wir wünschen einen zweiten Behandlungszyklus und willigen in alle damit verbundenen, uns bereits erläuterten Behandlungsmaßnahmen ein.

- Durchführung einer sog. Blastozystenkultur mit maximal \_\_\_\_\_ Embryonen
- Anzahl
- aufgrund des Alters
- aufgrund der zu erwartenden Zahl von gewonnenen Eizellen
- aufgrund des Verlaufs des Vorzyklus

Übertragung von

- einem Embryo** in die Gebärmutter,
- zwei Embryonen** in die Gebärmutter,
- drei Embryonen** in die Gebärmutter.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin

Patient

Ärztin/Arzt

## 3. Behandlungszyklus

Wir wünschen einen dritten Behandlungszyklus und willigen in alle damit verbundenen, uns bereits erläuterten Behandlungsmaßnahmen ein.

- Durchführung einer sog. Blastozystenkultur mit maximal \_\_\_\_\_ Embryonen
- Anzahl
- aufgrund des Alters
- aufgrund der zu erwartenden Zahl von gewonnenen Eizellen
- aufgrund des Verlaufs des Vorzyklus

Übertragung von

- einem Embryo** in die Gebärmutter,
- zwei Embryonen** in die Gebärmutter,
- drei Embryonen** in die Gebärmutter.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin

Patient

Ärztin/Arzt



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Aufklärung für terminierten Geschlechtsverkehr/ Insemination/ In Vitro-Fertilisation / ICSI / nach stimuliertem Zyklus

Der behandelnde Arzt hat uns über mögliche Risiken eines terminierten Geschlechtsverkehrs/ **Insemination/ In Vitro-Fertilisation / ICSI / nach Stimulation** der Eierstöcke aufgeklärt.

Dabei wurde erläutert:

### Risiken der hormonellen Stimulation:

- Heranreifen von mehreren Follikeln und damit verbunden Mehrlingsrisiko bei Schwangerschaft (low response)
- Ovarielle Überstimulation (macht möglicherweise zeitweise stationäre Beobachtung notwendig)
- Langzeitfolgen der Hormoneinflüsse am Gewebe des Eierstocks nicht auszuschließen (z.B. erhöhtes Krebsrisiko, vorzeitige Wechseljahre).
- Notwendigkeit der regelmäßigen Vorstellung beim niedergelassenen Frauenarzt zur Krebsvorsorge.
- Erhöhte Fehlgeburtenrate, erhöhte Fehlbildungsrate und Eileiterschwangerschaften
- Mehrlingsschwangerschaft durch Einsetzen von bis zu 3 Embryonen möglich.

### Verletzungsrisiko beim operativen Eingriff (Follikelpunktion):

- Darm, Harnblase, Harnleiter, Blutgefäße, Nerven.
- Infektions-/Blutungsgefahr, ggfs. Werden Bauchspiegelungen oder Bauchschnitt zur Versorgung nach Komplikationen notwendig.
- Bleibende Schäden möglich.
- Risiken der erforderlichen Schmerzbetäubung und einer eventuellen Narkose.
- Infektionsrisiko bei Insemination /Follikelpunktion/ Embryotransfer
- Allergie

### Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

1. Ein Hep B+C sowie HIV-Test durchgeführt wird.
2. Meine persönlichen Daten auf einer EDV-Anlage gespeichert werden, sowie mit der Datenweitergabe an das deutsche IVF-Register.
3. Off Label Use Medikamente verwendet werden.
4. Die Behandlung nach GOÄ abgerechnet wird. Die Kosten müssen selbst getragen werden.

Wir erklären hiermit, dass wir die Aufklärung über die Risiken verstanden haben und alle uns interessierten Fragen haben stellen können.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Unterschrift Partner

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Unterschrift Partnerin

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Unterschrift des Arztes



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Abweichende Honorarvereinbarung Abdingungsvereinbarung nach §2 GOÄ

zwischen

**Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt**

M. Woriedh

König-Karl-Str. 66

70372 Stuttgart

Tel. 0711-290 671

E-Mail: info@praxis-woriedh.de

und

Frau \_\_\_\_\_

Herr \_\_\_\_\_

wird nach persönlicher Absprache gemäß §2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine Honorarvereinbarung getroffen.

Ich wünsche die Erbringung der folgenden Leistungen als Privatpatient/Selbstzahler und bin mit der nachstehenden, gesondert ausgehandelten Berechnungen einverstanden:

- |                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> IVF  | <input type="checkbox"/> Insemination      | <input type="checkbox"/> jegliche weitere Zusatzmaßnahmen |
| <input type="checkbox"/> ICSI | <input type="checkbox"/> Kryokonservierung | (siehe Einverständniserklärung)                           |

Ich wurde neben den medizinischen Aspekten auch wirtschaftlich wie folgt darüber aufgeklärt, dass

- die von mir gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und Leistungen im Rahmen der GKV eine ausreichende Behandlung ermöglichen würden. Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.
- für die von mir gewünschte Behandlung ggf. kein Anspruch auf vollständige oder teilweise Kostenerstattung, insbesondere über einen 3,5-fachen Steigerungsfaktor hinaus, gegenüber meiner privaten Krankenkasse und/oder privaten Zusatzversicherung besteht.
- Auch werden die Ziffern 4852A; 4751A2; 4873A2; A4873M; A1114M; 4852A6 und 4873A10 gesondert mit einem Faktor von 1 bis zu 12 abgerechnet.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des aufklärenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Behandlungsvertrag

(Privatversicherte)

zwischen dem

**Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt**

M. Woriedh

König-Karl-Str. 66

70372 Stuttgart

Tel. 0711-290 671

E-Mail: [info@praxis-woriedh.de](mailto:info@praxis-woriedh.de)

und

Frau \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

Herr \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

Hiermit erklären wir, dass wir für die ambulante Sterilitätsbehandlung

### **Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)**

Privatbehandlung in Anspruch nehmen.

Im Durchschnitt entstehen dabei pro Behandlungszyklus Kosten (GOÄ-Gebührenordnung für Ärzte) in Höhe von:

- |   |     |          |     |
|---|-----|----------|-----|
| • IVF-Behandlung und ICSI-Aufarbeitung (abhängig von der Anzahl der Eizellen) | ca. | 4.667,00 | EUR |
| • Beratung, Ultraschall und Blutabnahme (zyklus- und behandlungsabhängig)     | ca. | 300,00   | EUR |
| • Spermaaufbereitung  | ca. | 200,00   | EUR |
| • Anästhesie  | ca. | 350,00   | EUR |
| • Medikamente (dosis- und behandlungsabhängig)                                | ca. | 750,00-  |     |
| 2100,00 EUR   |     |          |     |

*Anästhesieleistungen werden gesondert vom Anästhesisten in Rechnung gestellt.*

Das Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt hat uns darüber aufgeklärt, dass die Liquidation für die Behandlung einschließlich Medikamentenkosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen wird.

Es ist uns bekannt, dass die Kosten für die o. g. Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.

Die Verordnung der Medikamente erfolgt ausschließlich auf privaten Rezepten und muss zusätzlich bezahlt werden.

Wir versichern, dass wir mit der vom Arzt vorgeschlagenen Behandlung einverstanden sind. Wir versichern zudem, dass wir selbst geprüft haben, ob wir ausreichend privat versichert bzw. entsprechende Beihilfen erhalten und sagen hiermit zu, dass wir ggf. bei nicht ausreichender Kostendeckung, die restlichen Kosten selber tragen. Wir versichern, dass wir eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Unterschrift aufklärender Arzt



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Anlage

Ziffer	Text	Basis	Faktor	Betrag (in Euro)
<b>IVF-Behandlung und ICSI-Aufarbeitung wie folgt</b>				
A4751	Analog für Oozyten-Präparation nach der Punktion x 6 Follikel	9,33	1,150	64,38
315	Punktion, Organ x 2 Ovarien	14,57	3,500	101,99
316	Punktion, Douglasraum	14,57	2,300	33,51
A4852	Mikroskopische Untersuchung der Follikelpunkate/Eizellen auf PN x 6 Eizellen*	10,14	2,500	152,10
A4873	Analog für Eizell-Spermien-Kultur oder Zygoten-Embryonenkultur (Tag der Punktion)	176,61	2,500	441,53
	Sachkosten für Spül- und Nährmedium	149,21	1,000	149,21
4852B	Mikroskopische Untersuchung und Beurteilung der Zellteilung, je Oocyte x 6 Eizellen*	10,14	2,500	152,10
A4873Pr	Ansetzen der Prä-Embryonenkultur u. Kultivierung der Präembryonen unter Mikrokulturbedingungen	176,71	2,500	441,53
A321	Einführung des Embryonentransferkatheters in Zervikalkanal	2,91	1,300	3,78
A4852	Mikroskopische Untersuchung und Beurteilung der Zellteilung, je Embryo x 2	10,14	2,500	50,70
A1114	Analog Embryotransfer	21,57	3,500	75,50
	Materialkosten Embryotransfer	56,30	1,000	56,30
4873A	Analog für die mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums x 6*	176,61	2,800	2871,02
1114A	Analog für die Insemination eine Oocyte durch Mikroinjektion einer Spermiums x 6*	21,57	2,300	297,67
4003	Dichtegradientenisolierung	23,31	1,150	26,81
	Sachkosten ICSI gemäß § 10	46,54	1,000	46,54
<b>Summe ICSI-Behandlung ca. 4.667,00 €</b>				

<b>Je Beratung, Ultraschall und Blutabnahme</b>				
1	Beratung, auch telefonisch	4,66	2,300	10,72
410	Sonographie, Organ: Uterus	11,66	2,300	26,82
420	Folgesonographie, Organ: Adnexe re.	4,66	2,300	10,72
420	Folgesonographie, Organ: Adnexe li.	4,66	2,300	10,72
420	Folgesonographie, Organ: Douglas	4,66	2,300	10,72
403	Sonographie, Transkavitärzuschluss	8,74	1,800	15,73
250	Blutabnahme, Vene	2,33	1,800	4,19
4039	Oestradiol	20,40	1,150	23,46
4040	Progesteron	20,40	1,150	23,46
4026	Luteotropin	14,57	1,150	16,76

**Summe Beratung, Ultraschall und Blutabnahme ca. 300 Euro) ca. 150,00 € (x2 =**

<b>Spermienaufbereitung</b>				
34	Beratung, auch telefonisch mind. 20 Min	17,49	3,500	61,21
3668	Sperma, Gesamtstatus	23,31	1,150	26,81
3511	Reagenzträger, Begründung: Cytur Test	2,91	1,150	3,35
4751A	Vorbereitende Zentrifugation	9,33	1,300	12,13
3508	Mikroskopie, Nativpräparat	4,66	1,150	5,36
AMatAnd	Sachkosten Spermienaufbereitung	24,50	1,000	24,50
4003	Dichtegradientenisolierung	23,31	1,150	26,81
SGrad	Materialkosten Dichtegradientenisolierung	34,44	1,000	34,44
A3508	Nativpräparat nach Aufarbeitung	4,66	1,150	5,36

**Summe Spermienaufbereitung ca. 200,00 €**

**Anästhesie ca. ca. 350,00 €**

\*Abrechnungsbeispiel, Kosten abhängig von der Anzahl der Eizellen



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Einverständniserklärung der Zusatzmaßnahmen

Frau: \_\_\_\_\_

Mann: \_\_\_\_\_

### Das Patientenpaar erklärt:

Wir haben die Patienteninformationen gelesen und verstanden,

Wir wurden in einem ausführlichen Gespräch vom behandelnden Arzt aufgeklärt und konnten in diesem Rahmen alle uns wichtigen Fragen stellen.

### **Endometrium-Scratching:**

Bei der Scratching Methode wird zwischen dem 21. und 24. Zyklustag mit einem sehr dünnen Katheter eine geringe Menge Gebärmutter Schleimhaut von der Vorder- und Rückwand, sowie von den beiden Seitenwänden der Gebärmutterhöhle durch den Gebärmutterhals hindurch gewonnen, was in aller Regel nicht schmerzhaft ist.

*Preis: 150 €*

### **Plasmaspülung:**

Methode, um die Gebärmutter Schleimhaut anzuregen und die Einnistungsfähigkeit zu verbessern.

*Preis: 300 €*

### **EmbryoGlue®:**

EmbryoGlue® ist ein Gewebeklebstoff, der auf eine natürliche Art und Weise die Gegebenheiten in der Gebärmutter bei der Einnistung des Embryos imitiert. Es hilft dabei, dass sich der Embryo an der Gebärmutterwand optimal festsetzt.

*Preis: 300 €*

### **Social Freezing:**

Anlegen einer Fruchtbarkeitsreserve durch Einfrieren von Ei- und Samenzellen.

*Preis: 3000 € + Lagerkosten siehe Kryokonservierung bis 10 Eizellen, je weitere 6 Eizellen (ab der 11. Eizelle) zusätzlich 300 Euro*

### **Blastozystenkultur:**

Langzeitkultur der Embryonen über fünf Tage bis zum Blastozysten Stadium.

*Preis: 1000 €*

### **Kryokonservierung**

**(Einfrieren von befruchtete Eizellen, unbefruchtete Eizellen, Sperma, Hodengewebe)**

Unter Kryokonservierung versteht man das Aufbewahren von Zellen oder Gewebe durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff. Mit Hilfe dieses Verfahrens ist es möglich, die Vitalität der Zellen nahezu unbegrenzt aufrechtzuerhalten.

*Preis: 700 € für Kryokonservierungsmaßnahmen bis 6 Eizellen, ab je weitere 6 Eizellen zusätzlich 300 Euro.*

*Zusätzliche Kryokonservierung am Tag 5 entstehen Kosten von 300 € für insge. 3 Blastozysten, je weitere 3 Blastozysten zusätzlich 300 Euro.*

*Das Honorar für die Lagerung pro jedem weiteren Vertragshalbjahr 300,00 €*

*Ca. 509,92 € Kosten für Embryotransfer.*

### **HCG-Spülung inkl. Material:**

*Preis: 150 €*

### **Calcium-Ionophor:**

*Preis: 300 €*

### **ERA-Test**

*Preis: 700 €*



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

**EDV-Gestützte Sicherheitskontrolle der Eizellen, Spermien und Embryonen im Labor**

*(Kosten 75 €)*

**Information zur Hepatitis- und HIV Kontrolle gemäß Transplantationsgesetz**

*Erforderliche Laboruntersuchung für die Verwendung von Keimzellen nach §8 des Transplantationsgesetz (TPG).*

*Die Rechnung für die durchgeführte Laboruntersuchung erhalten Sie separat von einem medizinischen Labor.*

---

*Wir wissen, dass diese Leistung keine gesetzliche Krankenkassenleistung ist und werden für diese Kosten selbst aufkommen. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt wird diese Leistungen privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung (GOÄ) - direkt oder im Auftrag durch die PVS – liquidieren.*

---

Datum

Name, Vorname und  
Unterschrift Patientin

Name, Vorname und  
Unterschrift Patient



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## **Beratungs- und Indikations-Bestätigung**

Zur Vorlage bei Ihrer Frauenärztin / bei Ihrem Frauenarzt!

(zurück an das Kinderwunsch – Zentrum)

Frau \_\_\_\_\_ und Herr \_\_\_\_\_

Das o.g. Patientenpaar stellte sich im Rahmen der Sterilitätstherapie in Ihrer Praxis vor. In einem orientierenden Gespräch wurden auch die Möglichkeiten der assistierten Reproduktion angesprochen.

- Diagnose:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tubare Sterilität                 | <input type="checkbox"/> Männliche Subfertilität            |
| <input type="checkbox"/> Idiopathische Sterilität          | <input type="checkbox"/> Hochgradige Fertilitätsstörung des |
| <input type="checkbox"/> Immunologisch bedingte Sterilität | Mannes  |
| <input type="checkbox"/> Somatische Ursachen               |   |
- Geplante Therapie:
- |                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insemination |                               |
| <input type="checkbox"/> IVF          | <input type="checkbox"/> ICSI |

Aufgrund der vorliegenden Befunde besteht bei diesem Ehe-/ Patienten-paar gemäß den Richtlinien des Bundesaus-schusses der Ärzte und Krankenkassen eine Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Erfolgchancen für den Eintritt einer Schwangerschaft sind mittels dieser Maßnahme höher einzuschätzen als durch konservative Therapien oder eine mögliche rekonstruktive Mikrochirurgie.

Das Ehe-/ Patienten-Paar wünscht nach eingehender Beratung Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehe-/ Patienten-Paar nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a Abs. 4 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten. Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung sowie die möglichen Erfolgsaussichten wurden angesprochen und Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption) erörtert. Hingewiesen wurde das Ehe-/ Patienten-paar auch auf die in der Literatur diskutierte erhöhte Fehlbildungsrate nach ICSI. Diese Rate lässt sich meist durch individuelle, risikoe erhöhende Faktoren des Elternpaares erklären. Ehe-/ Patienten-paar, für die eine Anwendung der ICSI in Betracht kommt, sollten deshalb ihre individuellen Risikofaktoren sorgfältig prüfen und eine Chromosomenanalyse durchführen lassen. Auch eine vorgeburtliche Untersuchung des Kindes mittels Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung kann angeraten sein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Frauenarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frau

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mann



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Beratungs- und Indikations-Bestätigung

### Zum Verbleib bei Ihrer Frauenärztin / bei Ihrem Frauenarzt!

Frau \_\_\_\_\_ und Herr \_\_\_\_\_

Das o.g. Patientenpaar stellte sich im Rahmen der Sterilitätstherapie in Ihrer Praxis vor. In einem orientierenden Gespräch wurden auch die Möglichkeiten der assistierten Reproduktion angesprochen.

Diagnose:  Tubare Sterilität  Männliche Subfertilität  
 Idiopathische Sterilität  Hochgradige Fertilitätsstörung des  
 Immunologisch bedingte Sterilität Mannes  
 Somatische Ursachen

Geplante Therapie:  Insemination  ICSI  
 IVF

Aufgrund der vorliegenden Befunde besteht bei diesem Ehe-/ Patienten-paar gemäß den Richtlinien des Bundesaus-schusses der Ärzte und Krankenkassen eine Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Erfolgchancen für den Eintritt einer Schwangerschaft sind mittels dieser Maßnahme höher einzuschätzen als durch konservative Therapien oder eine mögliche rekonstruktive Mikrochirurgie.

Das Ehe-/ Patienten-paar wünscht nach eingehender Beratung Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehe-/ Patienten-paar nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a Abs. 4 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten. Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung sowie die möglichen Erfolgsaussichten wurden angesprochen und Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption) erörtert. Hingewiesen wurde das Ehe-/ Patienten-paar auch auf die in der Literatur diskutierte erhöhte Fehlbildungsrate nach ICSI. Diese Rate lässt sich meist durch individuelle, risikoe erhöhende Faktoren des Elternpaares erklären. Ehe-/ Patienten-paar, für die eine Anwendung der ICSI in Betracht kommt, sollten deshalb ihre individuellen Risikofaktoren sorgfältig prüfen und eine Chromosomenanalyse durchführen lassen. Auch eine vorgeburtliche Untersuchung des Kindes mittels Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung kann angeraten sein.

#### **Hinweis für die Frauenärztin / für den Frauenarzt:**

08521 Beratung des Ehepaars gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung einschließlich einer Bescheinung nach Nr. 15, einmal im Reproduktionsfall

*Die Gebührenordnungsposition 08521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 08521 ist im Reproduktionsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08530 berechnungsfähig.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Frauenarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mann

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frau



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriiedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin



**Die PVS®**

Niedersachsen

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Einwilligungserklärung

**1.** Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.

**2.** Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.

**3.** Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.

**4.** Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
Patient - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger - Nachname / Vorname (m/w/divers)

identisch mit Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung  Normale private Krankenversicherung  Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**

Post B

KVB

**Besondere Tarife:**

Basistarif\*

Standardtarif\*

Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: \_\_\_\_\_



## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKv, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.
4. Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
**Patient** - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
**Rechnungsempfänger** - Nachname / Vorname (m/w/divers)

identisch mit Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung  Normale private Krankenversicherung  Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**

Post B

KVB

**Besondere Tarife:**

Basistarif\*

Standardtarif\*

Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: \_\_\_\_\_



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## **Wichtige Information zur Narkoseaufklärung für Ihren bevorstehenden Eingriff:**

Sehr geehrter Herr/Frau

im Rahmen Ihrer geplanten Operation ist es wichtig, dass Sie im Voraus einige Unterlagen ausfüllen, um eine reibungslose und sichere Narkose durchführen zu können. Bitte beachten Sie die folgende Schritte:

1. **Ausfüllen des Online Aufklärungsbogens Anästhesie:** Wir bitten Sie, den Narkoseaufklärungsbogen/Fragebogen online auszufüllen. Dieses Formular ist entscheidend, um uns wichtige Informationen über Ihre Gesundheit und Ihren medizinischen Hintergrund bereitzustellen. Die Daten, die Sie auf der Webseite eingeben, werden verschlüsselt an unsere Narkoseabteilung übermittelt, um Ihre Privatsphäre zu schützen.

Die Narkose wird durchgeführt von der Praxis Dr. Löffler + Team und der Aufklärungsbogen ist zu finden unter deren Webseite:

[www.chirurgie-centrum.de/fragebogen](http://www.chirurgie-centrum.de/fragebogen)

2. **Telefonische Aufklärung;** Ein Mitglied unseres Narkoseteams wird Sie spätestens am Tag vor Ihrem Eingriff telefonisch kontaktieren, um die Narkoseaufklärung mit Ihnen durchzuführen. Diese Aufklärung ist wichtig, um Ihnen alle Informationen zur Narkose zu geben und eventuelle Fragen zu klären.

Sollten Sie keine telefonische Aufklärung wünschen, bitten wir Sie, ca. 30 Minuten vor Ihrem vereinbarten Operationstermin zu erscheinen. Bitte informieren Sie dann das Personal, dass Sie noch nicht zur Narkose aufgeklärt wurden. Dennoch ist es erforderlich, dass Sie das Onlineformular vorab ausgefüllt haben, damit unsere Narkoseärzte mit Ihrer Vorgeschichte vertraut sind und eine bestmögliche Aufklärung gewährleisten können. Die Frage, ob Sie eine telefonische Aufklärung wünschen, ist Teil des Fragebogens. Nach einer telefonischen Aufklärung dürfen Sie selbstverständlich Ihrem Narkosearzt/ärztin weitere Fragen am OP Tag stellen.

Wir möchten Ihnen versichern, dass Ihre Sicherheit und Ihr Wohlbefinden, unsere oberste Priorität sind. Dazu ist es uns wichtig, dass Sie möglichst wenig Wartezeiten haben und komfortabel den Bogen in der für Sie bestgeeigneten Zeit ausfüllen können. Wenn Sie Fragen oder Bedenken haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen,

Anästhesiepraxis Dr. Löffler + Team

Anästhesiepraxis: Tel: **0711-3968 3571** Email: **anästhesie@chirurgie-centrum.de**



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Vertrag

über die Kryokonservierung und Lagerung von

I.

**Eizellen im Vorkernstadium**

**(Pronukleus-Phase; imprägnierte Eizellen)**

und/oder

II.

**Embryonen**

zwischen dem

**Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt**

M. Woriedh

König-Karl-Str. 66

70372 Stuttgart

Tel. 0711-290 671

E-Mail: [info@praxis-woriedh.de](mailto:info@praxis-woriedh.de)

und

Frau \_\_\_\_\_

Herrn \_\_\_\_\_

Im folgenden Auftraggeber

I.

**Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium**

§ 1

### Vertragsgegenstand

Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt übernimmt das Einfrieren sowie die Lagerung von Eizellen im Vorkernstadium (Pronucleus-Phase; imprägnierte Eizellen), die im Rahmen einer Maßnahme der medizinisch unterstützten Befruchtung aus Keimzellen der Auftraggeber entstanden sind. Die Kryokonservierung erfolgt durch einen Arzt oder unter der Aufsicht und nach fachlicher Weisung eines Arztes. Auf dieses Rechtsverhältnis finden die §§ 688 ff. BGB in der durch diesen Vertrag modifizierten Fassung Anwendung.

§ 2

### Einfrieren des Konservierungsguts

1. Die Auftraggeber stellen dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt imprägnierte Eizellen zur Verfügung. Die vorausgehende ärztliche Behandlung im Rahmen von Maßnahmen der medizinisch

unterstützten Befruchtung ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

2. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt bereitet die zur Verfügung gestellten imprägnierten Eizellen für das Einfrieren<sup>1</sup> vor. Im Anschluss daran führt sie den Einfriervorgang durch.

§ 3

### Lagerung

1. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt lagert die gefrorenen imprägnierten Eizellen in flüssigem Stickstoff bei ca. minus 190° Celsius oder in der Dampfphase über dem Flüssigkeitsspiegel für die Dauer dieses Vertrages. Sie ist berechtigt, mit der Durchführung der Lagerung Dritte zu beauftragen und den Ort oder die technische Art und Weise der Lagerung zu ändern, sofern der Dritte die gesetzlichen Voraussetzungen zur Kryokonservierung erfüllt und den Auftraggebern hierdurch keine zusätzlichen Kosten entstehen. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt informiert die Auftraggeber über den Dritten und den momentanen Lagerungsort der imprägnierten Eizellen.

2. Sollte das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ihre Tätigkeit einstellen, ist sie zur Weitergabe der imprägnierten Eizellen sowie der Aufzeichnungen gemäß § 7 TPG-GewV an eine andere Einrichtung gemäß § 20c AMG berechtigt. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt wird den Auftraggebern schriftlich den Namen und die Anschrift der empfangenden Einrichtung mitteilen. Die Auftraggeber werden mit dieser Einrichtung einen Vertrag über die Lagerung schließen.

§ 4

### Vertragsdauer

1. Das Vertragsverhältnis beginnt mit der Unterzeichnung dieses Vertrages und der Übergabe der imprägnierten Eizellen durch die Auftraggeber oder von diesen beauftragte Dritte an die das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt. Das Vertragsverhältnis hat eine Laufzeit von zwölf



## Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt

### Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Monaten (Grundlaufzeit) und verlängert sich automatisch auf unbestimmte Zeit, wenn es nicht von der Auftraggeberin mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Grundlaufzeit, danach von einem Monat, gekündigt wird. Die Kündigungsfrist für das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt beträgt drei Monate zum Ende der Grundlaufzeit, danach einen Monat zum Ablauf eines Kalenderquartals.

2. Das Vertragsverhältnis endet im Übrigen:
  - a. durch Kündigung nach § 10;
  - b. durch Widerruf gem. § 11;
  - c. durch Verbrauch des Kryomaterials
  - d. bei fehlender fristgemäßer Zustimmung oder Ablehnung des Kostenanpassungsverlangens gem. § 5 Abs. 5;
  - e. mit der Herausgabe der imprägnierten Eizellen an einen zur Entgegennahme berechtigten Dritten;
  - f. bei rechtskräftiger Scheidung verheirateter oder dauerhafter Trennung nicht verheirateter Auftraggeber;
  - g. im Falle des Todes eines oder beider Auftraggeber. Insoweit ist die Kenntniserlangung durch das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt maßgebend.
3. Der Vertrag endet ferner, wenn durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Rechtsprechung die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen unzulässig werden oder das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ihre Tätigkeit einstellen sollte; im letzteren Fall gilt § 3 Abs. 2.

§ 5

#### Vergütung

1. Für die Durchführung der technischen Aufbereitung und das Einfrieren nach § 2 sowie die Lagerung nach § 3 zahlen die Auftraggeber als Gesamtschuldner an das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ein Entgelt gemäß der als Anlage beigefügten Preisliste.

2. Die vorzeitige, vom Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt nicht zu vertretende Beendigung des Vertragsverhältnisses – z.B. wegen Trennung der Auftraggeber oder Herausgabe der kryokonservierten imprägnierten Eizellen an einen Dritten – hat keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung für die Lagerung. Eine Erstattung des gezahlten Entgelts erfolgt nicht.

3. Kosten für eine Weitergabe der kryokonservierten imprägnierten Eizellen auf Weisung der Auftraggeber nach § 12 Absatz 3 werden gesondert berechnet.

4. Die nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Vergütung ist im Voraus zur Zahlung fällig und von den Auftraggebern innerhalb von zwei Wochen nach Rechnungserhalt auszugleichen, wobei es für die Rechtzeitigkeit auf den Zahlungseingang auf dem Konto des Kinderwunschzentrums Bad Cannstatt ankommt. Für sämtliche Ansprüche des Kinderwunschzentrums Bad Cannstatt aus diesem Vertrag haften die Auftraggeber als Gesamtschuldner.

5. Ändern sich nach Abschluss dieses Vertrages die Kosten für Lohn, Energie, Beschaffung von Flüssigstickstoff oder gesetzliche Abgaben, so ist das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt berechtigt, die Vergütung entsprechend anzupassen. Die Auftraggeberin ist spätestens drei Monate vor der geplanten Anpassung hierüber zu informieren. Die Auftraggeberin hat gegenüber dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt nach Erhalt des Anpassungsverlangens innerhalb von sechs Wochen zu erklären, ob sie dieses annimmt oder ablehnt.

§ 6

#### Qualitätssicherung

1. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt setzt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach §§ 2 und 3 ausschließlich Ärzte oder andere geeignete Mitarbeiter unter der Aufsicht und nach fachlicher Weisung eines Arztes ein. Der jeweilige Stand der medizinischen und technischen Wissenschaft wird berücksichtigt.



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

2. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt gewährleistet die kontinuierliche Überwachung der technischen Anlagen zur Lagerung der imprägnierten Eizellen.

§ 7

**Mitwirkungspflichten, Vollmacht**

1. Die Auftraggeber sind verpflichtet, das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt unverzüglich zu informieren über:

- a) Änderungen ihrer Anschrift und des Aufenthaltsortes sowie Abwesenheiten von mehr als sechs Wochen;
- b) eine rechtskräftige Scheidung der verheirateten oder dauerhafte Trennung der nicht verheirateten Auftraggeber;
- c) den Tod eines Auftraggebers.

Die Mitteilungen haben aus Nachweisgründen persönlich durch die Auftraggeber per Einschreiben zu erfolgen.

2. Die Auftraggeber bevollmächtigen sich wechselseitig zur Abgabe von gegenüber dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt abzugebenden Erklärungen und zum Empfang von Erklärungen des Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt. Dies gilt auch für den Zugang von Kündigungserklärungen gemäß § 10 des Vertrages.

3. Für die Verbindlichkeit einer Mitteilung nach Absatz 1 gegenüber dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt genügt die Anzeige eines Auftraggebers. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist nicht verpflichtet, die Richtigkeit zu überprüfen oder weitere Nachweise zu verlangen.

4. Solange die Auftraggeber das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt nicht über das Vorliegen eines Sachverhaltes gemäß Absatz 1 informiert haben, ist diese berechtigt, vom Fortbestehen der bisherigen Verhältnisse auszugehen. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist nicht verpflichtet, eigene Ermittlungen anzustellen.

§ 8

**Information der Auftraggeberin**

Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt erfüllt ihre Mitteilungs- und Informationspflichten nach diesem Vertrag, wenn sie Schreiben an die letzte ihr bekannte Anschrift der Auftraggeber richtet. Verfügen die Auftraggeber über unterschiedliche Anschriften, genügt die Versendung an eine der Anschriften. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist nicht verpflichtet, neue Anschriften oder Aufenthaltsorte der Auftraggeber zu ermitteln. Wird gleichwohl eine Anschriftenermittlung durch das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt notwendig, tragen die Auftraggeber die hierfür anfallenden Kosten.

§ 9

**Haftung**

1. Für sonstige Schäden, die nicht auf der Verletzung von Leben, Körper und Gesundheit beruhen, haften das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt und/oder deren Erfüllungsgehilfen bei Verlust, Beschädigung oder Vernichtung der kryokonservierten imprägnierten Eizellen nur, wenn die Schadensursache auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht; für leichte Fahrlässigkeit besteht keine Haftung.

2. Den Auftraggebern ist bekannt, dass bei Kryokonservierungsmaßnahmen im Sinne des § 1 dieses Vertrages die imprägnierten Eizellen aus biologischen, von den Vertragspartnern nicht zu vertretenden Gründen ihre Vitalität verlieren können. Daher haftet das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt nicht, wenn die imprägnierten Eizellen, ohne dass sie dies zu vertreten hat, nach einem Auftauvorgang keine Vitalität aufweisen und somit nicht verwendet werden können.

§ 10

**Kündigung des Vertrages**

1. Erfolgt die gem. § 5 dieses Vertrages geschuldete Zahlung nicht, ist das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt berechtigt, eine Nachfrist von zwei Wochen zu setzen und bei Erfolglosigkeit den Vertrag



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

außerordentlich mit einer Auslauffrist von einem Monat zu kündigen.

2. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist weiterhin zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages mit einer Auslauffrist von einem Monat berechtigt, wenn die Auftraggeber ihren Pflichten nach § 7 nicht nachkommen (Mitwirkungspflichten).

3. Für die Wirksamkeit einer Kündigungserklärung des Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt genügt der Zugang bei einem der Auftraggeber.

§ 11

**Widerrufsrecht**

Jeder Teil der Auftraggeber ist zu jedem Zeitpunkt berechtigt, sein Einverständnis mit der Fortführung der Kryokonservierung durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt zu widerrufen. Die Parteien sind sich darüber einig, daß der Widerruf eines einzelnen Auftraggebers auch mit Wirkung gegen den anderen Auftraggeber erfolgt und das Vertragsverhältnis insgesamt betrifft.

§ 12

**Verbleib des Konservierungsguts**

1. Bei Beendigung des Vertrages durch Kündigung, Widerruf gem. § 11 oder aus sonstigen Gründen verwirft das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt die kryokonservierten imprägnierten Eizellen unverzüglich, es sei denn, dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt geht rechtzeitig, mindestens jedoch zwei Wochen vor diesem Zeitpunkt, eine gemeinsame schriftliche Anweisung der Auftraggeber zu, an wen die kryokonservierten imprägnierten Eizellen zu übergeben sind.

Unter Verwerfen im Sinne dieses Vertrages ist der Vorgang zu verstehen, dass durch das Auftauen der natürliche Zerfall der Zellen eintritt und diese nicht mehr für reproduktionsmedizinische Maßnahmen verwandt werden können.

2. Die Auftraggeber sind jederzeit gemeinschaftlich berechtigt, die Herausgabe der kryokonservierten imprägnierten Eizellen an einen Dritten zur Durchführung

der Behandlung oder zum Zwecke der Fortsetzung der Kryokonservierung zu verlangen.

a. Die Erklärung bedarf der Schriftform; sie ist von beiden Auftraggebern zu unterzeichnen

b. Zur Entgegennahme der kryokonservierten imprägnierten Eizellen ist ein von den Auftraggebern bevollmächtigter Dritter, der die Anforderungen an eine Einrichtung nach § 20c AMG erfüllt, berechtigt, sofern er hierzu in schriftlicher Form durch die Auftraggeber bevollmächtigt wurde. Die Vollmacht darf nicht älter als einen Monat vor dem Herausgabetermin sein. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt kann von den Auftraggebern verlangen, dass dem Herausgabebegehren eine schriftliche Bestätigung des bevollmächtigten Dritten beigelegt ist, mit der dieser bestätigt, zur Lagerung von Eizellen gemäß den Anforderungen des § 20c AMG berechtigt zu sein.

Die Bestätigung darf nicht älter als einen Monat vor dem Herausgabetermin sein. Für die Auswahl des Dritten ist das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt nicht verantwortlich.

c. Bei der Herausgabe der kryokonservierten imprägnierten Eizellen an von den Auftraggebern benannten Dritten geht die Gefahr mit Besitzübergang auf den Dritten oder ein eingeschaltetes Transportunternehmen auf die Auftraggeber über

d. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist berechtigt, einen Vorschuss in Höhe der ihr voraussichtlich entstehenden Kosten zu verlangen. Kommen die Auftraggeber ihrer Zahlungspflicht nicht bis zum Ablauf des Vertrages nach, ist das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt zur Verwerfung der



## Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt

### Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

kryokonservierten imprägnierten Eizellen  
berechtigt.

3. Verstirbt einer der Auftraggeber, ist das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt vorbehaltlich einer Änderung der zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns geltenden Rechtslage zur umgehenden Verwerfung der kryokonservierten imprägnierten Eizellen berechtigt und verpflichtet. Zwischen den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, dass die kryokonservierten Eizellen im Vorkernstadium nach dem Tod eines Auftraggebers nicht an den überlebenden Auftraggeber oder einen Dritten herausgegeben werden dürfen. Dies gilt selbst dann, wenn dem Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt eine anderslautende Weisung erteilt werden sollte.

§ 13

#### Aufzeichnungen und Datenübermittlung

1. Im Zusammenhang mit der Vertragsdurchführung gefertigte Aufzeichnungen des Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt verbleiben in ihrem Eigentum.

2. Den Auftraggebern ist bekannt, dass das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt gesetzlich zum Führen von Aufzeichnungen über die Eizellen und deren Verbleib verpflichtet ist. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt verpflichtet sich, diese Aufzeichnungen nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen oder in Absprache mit den Auftraggebern zu übermitteln.

3. Soweit Eizellen im Auftrag der Auftraggeber an Dritte übergeben werden, wird das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt diesen die gemäß § 7 TPG-GewV notwendigen Angaben übermitteln.

4. Sollte das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ihre Tätigkeit einstellen, ist sie gesetzlich verpflichtet und berechtigt, ihre Aufzeichnungen zur Aufbewahrung an eine andere Einrichtung gemäß § 20c AMG zu übermitteln. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt wird den Auftraggebern schriftlich den Namen und die Anschrift der empfangenden Einrichtung mitteilen.

§ 14

#### Verjährung

1. Ansprüche der Vertragspartner aus diesem Vertrag verjähren nach Ablauf eines Jahres, es sei denn, es handelt sich um deliktische Ansprüche. Für diese verbleibt es bei den gesetzlichen Verjährungsregeln.

2. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem der Anspruch entstanden ist.

§ 15

#### Verschwiegenheit

1. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist zur Verschwiegenheit verpflichtet.

2. Die Auftraggeber befreien sie insoweit von ihrer Verpflichtung zur Verschwiegenheit, als die Weitergabe persönlicher Informationen gesetzlich vorgeschrieben oder zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Die Befreiung gilt insbesondere gegenüber Ärzten, die die Auftraggeber im Rahmen der Kinderwunschbehandlung medizinisch betreuen.

3. Das Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt ist insbesondere berechtigt, Informationen gemäß § 7 Absatz 1 an die Ärzte weiterzugeben, die die Auftraggeber bisher medizinisch betreut haben.

§ 16

#### Kostentragung

Die Auftraggeber bestätigen, darüber informiert zu sein, dass die Kosten für die Kryokonservierung und Lagerung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Bei privat krankenversicherten Auftraggebern wird eine Abklärung mit der zuständigen Krankenversicherung empfohlen.

§ 17

#### Sonstiges

1. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

2. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag eine Lücke enthalten, so bleibt die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Anstelle der



unwirksamen Bestimmung gilt eine wirksame Bestimmung als vereinbart, die dem von den Vertragsparteien Gewollten am Nächsten kommt; das Gleiche gilt im Falle einer Lücke.

II.

**Kryokonservierung von Embryonen**

§ 18

**Ausnahmefall**

Die Auftraggeber sind darüber informiert, dass in besonderen Situationen der geplante Transfer eines Embryos oder mehrerer Embryonen nicht durchgeführt werden kann. Mit Unterzeichnung dieses Vertrages erklären sich die Auftraggeber mit der Kryokonservierung des nicht transferierten Embryos/ der nicht transferierten Embryonen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen einverstanden.

§ 19

**Entsprechende Geltung der Regelungen unter I.**

1. Vor dem unter in § 18 erläuterten Hintergrund vereinbaren die Vertragsparteien, dass die Regelungen in §§ 2 bis 17 dieses Vertrages für die Kryokonservierung von Embryonen entsprechend gelten.

2. Abweichend von § 3 Abs.1 gilt, dass eine Lagerung der kryokonservierten Embryonen durch Dritte nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung der Auftraggeber zulässig ist.

§ 20

**Verwerfung**

Die Auftraggeber erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Embryonen unverzüglich zu

verworfen sind, wenn einer der in § 12 Abs.1 dieses Vertrages aufgeführten Gründe vorliegt.

§ 21

**Vertragsanpassung**

Sollte der Gesetzgeber oder die Rechtsprechung die Verwerfung von Embryonen für unzulässig erklären, sind die Auftraggeber verpflichtet, den Inhalt dieses Vertrages an die geänderte Rechtslage anzupassen. Sollte eine dauerhafte Lagerung gefordert werden, sind die Auftraggeber verpflichtet, die Vergütung für die Dauer der Aufbewahrung zu zahlen.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

.....

Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt

.....

Auftraggeberin

Auftraggeber