



Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de

Einverständniserklärung Embryonenfreigabe (Bitte bringen Sie das Original zum Transfer mit)

Frau _____

Herr _____

Versuch Nr.:

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 werden, 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 eine 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.

Stuttgart, den _____

Unterschrift des Arztes

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient



Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de

**Patientenaufklärung
Auftauen von Eizellen oder Zygoten und
Durchführung eines Transfers nach Kryokonservierung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen ist ein Zyklus geplant, in dessen Verlauf ein bis zwei Embryonen – nach Kryokonservierung und Auftauen von Eizellen oder Zygoten – in die Gebärmutter zurückgegeben werden.

Zyklusvorbereitung

Bei einem Zyklus in dem eine Überwachung von eingefrorenen Eizellen oder Zygoten geplant ist, ist oft nur eine geringe hormonelle Stimulation notwendig, um die optimalen Bedingungen für die Einnistung und Weiterentwicklung der übertragenden Eizellen oder Embryonen zu schaffen. Untersuchungen der Blutwerte und Ultraschallkontrollen sollen den regelrechten Ablauf sicherstellen.

Erfolgschancen

Unter optimalen Bedingungen beträgt die Schwangerschaftsrate pro Transfer von Embryonen nach Kryokonservierung etwa 20%.

Mögliche Komplikationen und Risiken

Trotz zunehmender Verbesserungen auf dem Gebiet der Kryotechnik übersteht ein Teil der eingefrorenen Eizellen das Auftauen nicht. Diese Eizellen stehen dann für einen Embryotransfer nicht mehr zur Verfügung. Da der Vorgang des Einfrierens und Auftauens der befruchteten Eizellen ein extrem seltenes, aber nicht ganz auszuschließendes Risiko für den daraus entstehenden Embryo birgt, wird empfohlen eine Fruchtwasseruntersuchung in der Frühschwangerschaft durchführen zu lassen.

Rechtliche Voraussetzungen

Das Auftauen und der Transfer dieser Eizellen sind nur mit einem gemeinsamen Einverständnis beider Eltern zulässig. Dieses Einverständnis kann nicht in Vertretung ausgesprochen werden. Diese schriftliche Einverständniserklärung muss spätestens am Tag vor dem Auftauen von beiden Ehepartnern unterschrieben vorliegen.

Kosten

Da die Kosten für dieses Verfahren zurzeit von den Krankenkassen nicht übernommen werden, müssen diese vom Ehepaar selbst getragen werden.

- Blutabnahme und Hormonbestimmung Östradiol, Lutetropin, vorbereitender Ultraschall (Kosten abhängig von der Menge des Ultraschalls) ca. 250,00 €
- Kultivierung, Vorbereitung und Durchführung des Transfers mit Ultraschall und
- Kryo-Laborkosten abhängig Anzahl der Embryonen ca. 509,00 €
- Zusätzliche Kosten für Medikamente (behandlungsabhängig) ca. 110,00 -320,00 €

Stuttgart, den _____

Name / Unterschrift des aufklärenden Arztes

Vorname, Name /Unterschrift Patientin

Vorname, Name / Unterschrift Patient



**Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de

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 6,9 abgerechnet.

Stuttgart, den _____

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient



**Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de

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 befruchteten Eizellen, unbefruchteten 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 weiteren 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:



**Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de

Preis: 300 €

ERA-Test

Preis: 700 €

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
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de



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
König-Karl-Str. 66 70372 Stuttgart
Tel: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: info@kwz-bc.de



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: _____