

Hannoversche Straße 24  
31848 Bad Münden

Telefon 05042.94 03 60  
Telefax 05042.94 03 08

**Einverständniserklärung und Behandlungsvereinbarung  
für das Auftauen, die in vitro Kultur und den Embryotransfer  
zuvor kryokonservierter Eizellen / Embryonen**

Theaterstraße 15  
30159 Hannover

Telefon 0511.54 35 49 50  
Telefax 0511.54 35 49 59

[www.kinderwunsch.com](http://www.kinderwunsch.com)  
[info@kinderwunsch.com](mailto:info@kinderwunsch.com)

**Patientin:** \_\_\_\_\_

**Partner/Partnerin:** \_\_\_\_\_

Wir beauftragen die Deutsche Klinik Bad Münden mit dem Auftauen der kryokonservierten Eizellen/Embryonen.

**Bitte ankreuzen:**

1. **Wir wünschen den Transfer von**  1  2  3 **Embryonen.**

2.  **Zum Erreichen der o.a. Zahl von Embryonen soll nur eine Paillette aufgetaut werden, auch wenn die angestrebte Zahl damit nicht erreicht wird.**

**Wie viele Pailletten aufgetaut werden, überlassen wir der ärztlichen Entscheidung mit dem Ziel, die o.a. Zahl an Embryonen zum Transfer zur Verfügung zu haben.**

Wir sind schon bei der Kryokonservierung darüber aufgeklärt worden, dass das Konservierungsgut aus biologischen, von den Vertragspartnern nicht zu vertretenden Gründen, seine Vitalität verlieren kann. Die anfallenden Leistungen für das Auftauen und die in vitro Kultur werden abschnittsweise in Rechnung gestellt und sind zum Teil abhängig von der Anzahl der aufgetauten und entwicklungsfähigen Eizellen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der beiliegenden Leistungsübersicht.

Zum Zwecke des Forderungsmanagements können hierfür erforderliche Patientendaten auch an eine von uns beauftragte Abrechnungs- bzw. Inkassostelle übermittelt werden.

Diese Vereinbarung gilt, solange sie nicht von einem der Vertragspartner widerrufen wird. Wir erklären uns einverstanden, dass der o.g. Partner Informationen und Ergebnisse der Behandlung entgegennehmen darf. Bei gemeinschaftlicher Kinderwunschbehandlung tritt das Paar (siehe Unterschriften) als Gesamtschuldner auf.

**Der Auftauzyklus kann nur durchgeführt werden, wenn uns die von Ihnen beiden unterschriebene Einverständniserklärung vor dem Auftauen vorliegt!**

Diese Vereinbarung haben wir zur Kenntnis genommen und stimmen dieser zu.

_____	X	X
<b>Ort, Datum</b>	<b>Patientin</b>	<b>Partner/Partnerin</b>