

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

REAGENZGLASBEFRUCHTUNG MIT SPENDERSAMEN

Die Unterzeichnende(n) ersucht/ersuchen hiermit die Fertilitätsklinik IVF-SYD um eine künstliche Befruchtung mit Anwendung von Spendersamen. Ich bestätige/wir bestätigen eine sorgfältige mündliche und schriftliche Aufklärung aller Aspekte der Behandlung mit Reagenzglasbefruchtung erhalten zu haben, einschließlich der Nebenwirkungen und Risiken (Blutung, Infektion und Überstimulationssyndrom), die mit der Behandlung verbunden sein können. Außerdem bin ich/sind wir über das sehr kleine Risiko von Blutgerinnseln in Verbindung mit der Hormonbehandlung informiert. Auch die verschiedenen Verträge (Einzelbehandlung, Paketlösung mit 3 Behandlungen und „Baby oder Geld zurück“) sind mir/uns aufgeklärt.

Im Falle der anonymen Samenspende, erkenne ich/erkennen wir die Anonymität des Spenders über dessen Tod hinaus an und überlasse die Wahl des geeigneten Spenders der Fertilitätsklinik.

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass;

- 1) es nicht möglich ist, den Spender für alle genetische Erkrankungen zu untersuchen, und ich bin/wir sind dazu verpflichtet die Fertilitätsklinik IVF-SYD zu informieren, falls ein Kind mit einer Erbkrankheit relatiert zum Spender geboren wird oder später an einer solchen erkranken. Dies gilt auch für Samen, der nicht bei IVF-SYD gekauft wurde.
- 2) die Fertilitätsklinik nicht für das Resultat oder Folgen der Behandlung verantwortlich gemacht werden kann, abgesehen von dem, was sich aus den allgemeinen Rechtsregeln zur Haftung von Ärzten für Fehler und Auslassungen ergeben kann.

Darüber hinaus ist es mir/uns bekannt, dass es später Informationen über Erbkrankheiten beim Spender erscheinen könnte. Dieses kann viele Jahre nach der Spende auftreten, weil bestimmte Erbkrankheiten erst spät im Leben des Spenders auftreten. Wenn meine/unsere Behandlung mit Spendersamen zur Geburt eines Kindes führt, und es beim Spender Informationen erscheinen, die zu der Blockierung des Spenders führt, würde ich/werden wir informiert bis zum 18. Geburtstag des Kindes. Nach dem 18. Geburtstag des Kindes kann er/sie grundsätzlich direkt kontaktiert werden.

Zusätzlich verpflichte(n) ich/wir mich/uns, die Fertilitätsklinik IVF-SYD zu informieren, falls das Kind/ die Kinder an einer Erbkrankheit leiden, die vom Samenspender stammen könnte.

Wenn es in der Beziehung ein Partner/eine Partnerin gibt:

Ich (Partner/Partnerin) gebe mein Einverständnis zur Reagenzglasbefruchtung mit Spendersamen durch einen Arzt/unter ärztlicher Verantwortung an, und ich erkenne die Elternschaft für das Kind/die Kinder, die hieraus entstehen können, an.

Falls es geeignete Embryonen im Überschuss gibt, wünsche(n) ich/wir diese;

- zerstört**
- tiefgekühlt**

Falls ich/wir Embryonen tiefgekühlt wünsche(n), akzeptiere(n) ich/wir Folgendes:

1. Nach dänischem Recht ist die Fertilitätsbehandlung nur bis zum 46. Geburtstag der Frau zulässig. Die Embryonen müssen ohne weitere Ankündigung zerstört werden, wenn die Frau 46 Jahre alt wird.
2. Es liegt in meiner/unsere Verantwortung, unsere Kontaktinformationen auf dem neuesten Stand zu halten, damit die Fertilitätsklinik IVF-SYD mich/uns jederzeit kontaktieren und die Rechnung zur Lagerung der Embryonen an die richtige Adresse senden kann.
3. Für die Lagerung wird eine jährliche Gebühr gemäß der aktuellen Preisliste erhoben. Die Gebühr wird jährlich vorwärts durch Absenden einer Rechnung gezahlt. Die Lagerung im ersten Jahr ist jedoch kostenlos. Wenn ich/wir die Lagergebühr nicht zahle(n), ist die Fertilitätsklinik IVF-SYD berechtigt, die Embryonen zu zerstören.
4. Wenn die Frau, die die Eier zur Welt gebracht hat, stirbt, müssen die Embryonen zerstört werden. Dies gilt jedoch nicht bei Behandlung mit Eizellspende.
5. Der Verlust oder die Beschädigung von Embryonen wird bei unvorhergesehenen Ereignissen (höhere Gewalt) nicht kompensiert. Der Verlust oder die Beschädigung von Embryonen aufgrund anderer Bedingungen wird nur mit einem Betrag erstattet, der der verbleibenden bezahlten Lagerzeit entspricht. Die Fertilitätsklinik IVF-SYD kann nicht für einen direkten oder indirekten Verlust haftbar gemacht werden.
6. Wenn ich/wir die Embryonen zerstört oder nach einem anderen Lagerort übertragen möchte(n), muss ich/müssen wir IVF-SYD schriftliche Zustimmung dazu geben. Den Transport arrangiere(n) ich/wir selbst.

Wenn die Embryonen durch künstliche Befruchtung mit Spermia von ein Samenspender entstanden sind, schreibt das Gesetz Folgendes vor:

1. Die Embryonen dürfen nur aufgetaut und verwendet werden, wenn die Patientin vor jeder Behandlung schriftlich zustimmen. Wenn es ein Partner gibt, müssen beide die Einverständniserklärung zum Auftauen unterschreiben.
2. Im Falle des Totes des Partners/der Partnerin sowie der Trennung, Scheidung oder Beendigung des Zusammenlebens können die tiefgekühlten Embryonen von der Partnerin (Mitunterzeichner dieser Erklärung) weiterhin verwendet werden, wenn er/sie seine/ihre schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Wenn der Lebenspartner verstirbt, möchten wir:

- die befruchteten Eizellen zerstört**
- dass die Partnerin (Mitunterzeichner) die befruchteten Eizellen weiterhin verwenden kann**
- Sonstiges:** _____

Ich bin/wir sind darüber informiert worden, dass schweres Übergewicht das Risiko schwerwiegender Komplikationen für Mutter und Kind in Verbindung mit einer Schwangerschaft darstellen kann. Daher bietet die Fertilitetsklinik IVF-SYD keine Behandlung an, wenn der BMI der Frau 35 oder mehr beträgt.

Nach dänischem Recht muss die Klinik einen Vertrag mit einer anderen zugelassenen Labor eingehen für den Fall, dass die Fertilitetsklinik IVF-SYD schließen sollte. Die Fertilitetsklinik IVF-SYD hat mit die Fertilitetsklinik Maigaard in Århus einen Vertrag eingegangen, und meine/unsere eventuellen eingefrorenen Eizellen/Embryonen/Samen und alle ordnungsgemäße Dokumentation in Beziehung mit meine/unsere Behandlung würden dazu übertragen werden.

Sollte die Behandlung zu einer lebensfähigen Schwangerschaft führen, bin ich/sind wir verpflichtet, der Fertilitetsklinik IVF-SYD über die Geburt und Informationen über das Kind/die Kinder Bericht zu erstatten. Das Formular zum Ausfüllen ist auf der Website der Klinik verfügbar.

Datum

Geburtsdatum der Frau

Geburtsdatum des eventuellen Partners

Unterschrift der Frau

Unterschrift des eventuellen Partners

Unterschrift des Arztes/Zeugen