

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

### **INSEMINATION MIT SPENDERSAMEN**

Die Unterzeichnende(n) ersucht/ersuchen hiermit die Fertilitätsklinik IVF-SYD darum eine Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches mit Anwendung von Spendersamen durchzuführen.

Ich bin/wir sind darüber informiert und akzeptiere/akzeptieren, dass bei der Behandlung ein erhöhtes Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft besteht. Ich bin/wir sind über das sehr kleine Risiko von Blutgerinnseln in Verbindung mit der Hormonbehandlung informiert sowie Infektion des Unterleibs. Außerdem bin ich/sind wir darüber informiert worden, dass schweres Übergewicht das Risiko schwerwiegender Komplikationen für Mutter und Kind in Verbindung mit einer Schwangerschaft darstellen kann. Daher bietet die Fertilitätsklinik IVF-SYD keine Behandlung an, wenn der BMI der Frau 35 oder mehr beträgt.

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 Erkrankung relatiert zum Spender geboren wird.
- 2) die Fertilitätsklinik IVF-SYD 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.

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

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

Nach dänischem Recht muss die Klinik einen Vertrag mit einer anderen zugelassenen Labor eingehen für den Fall, dass die Fertilitätsklinik IVF-SYD schließen sollte. Die Fertilitätsklinik IVF-SYD hat mit die Fertilitätsklinik Maigaard in Århus einen Vertrag eingegangen, 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 Fertilitätsklinik 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