

**PATIENTENAUFKLÄRUNG**  
**zur IVF-Behandlung**  
**ausgearbeitet von**  
**Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie**  
**und der**  
**Österreichischen IVF-Gesellschaft**

Sehr geehrtes, liebes Paar,

<b><u>Frau (Patientin):</u></b>	<b><u>Ehemann/Lebensgefährte (Patient):</u></b>
Familienname:	Familienname:
Geburtsname:	Geburtsname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum/ -ort:	Geburtsdatum/ -ort:
Sozialversicherungsnummer:	Sozialversicherungsnummer:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Straße:	Straße:
Postleitzahl/Ort:	Postleitzahl/Ort:
Land:	Land:
Telefon/Fax:	Telefon/Fax:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Email-Adresse:	Email-Adresse:

Vor der Behandlung wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über die Möglichkeiten der geplanten Maßnahmen sprechen und allenfalls entsprechende vorbereitende Untersuchungen vornehmen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen kennen, damit Sie sich entscheiden können.

Die Kinderwunschbehandlung muss sehr individuell geplant und durchgeführt werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass unser Team sich genügend Zeit nimmt, um Ihre Probleme zu analysieren und einen für Ihre Bedürfnisse optimalen Therapieplan zu erstellen.

Wir bitten Sie, die **Informationsbroschüre „Der unerfüllte Kinderwunsch“** genau zu lesen. Sie werden zum besseren Verständnis darüber vor Unterfertigung des Vertrages eingehend belehrt werden. Wir laden Sie ein, alle Fragen an die behandelnden Ärzte (den behandelnden Arzt) zu stellen.

## I. MEDIZINISCHE INFORMATION zur IVF-BEHANDLUNG

### 1. Wann ist eine IVF sinnvoll?

Die extrakorporale Befruchtung (Retortenbaby), die nicht gänzlich frei von Risiken ist, bringt körperliche und seelische Belastungen mit sich. Diese Belastungen werden z.T. sehr unterschiedlich erfahren. In jedem Fall sollte die IVF nur dann angewandt werden, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten (z.B. durch Medikamente, kleinere operative Eingriffe oder Inseminationen) von vornherein ausgeschlossen oder bereits ausgeschöpft sind. Einige Auswahlkriterien für eine IVF-Behandlung sind:

#### **Frau:**

- **Tubare Sterilität:** Beide Eileiter sind verschlossen oder mussten entfernt werden.
- **Endometriose:** Eine oft schmerzhafte, chronische Erkrankung von Frauen, bei der Gebärmutter-schleimhaut außerhalb der Gebärmutter, die z.B. an den Eileitern, an den Eierstöcken, an Darmschlingen, an der Blase usw., vorkommt.
- **PCOS – Polycystisches Ovarsyndrom:** Viele kleine Zysten in den Eierstöcken.

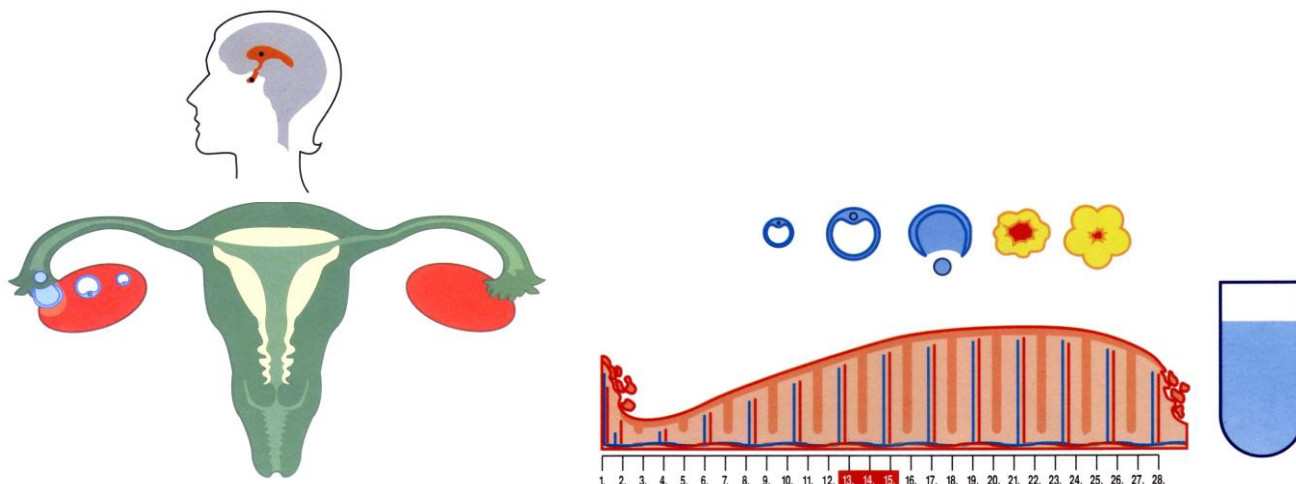
#### **Mann:**

- die Zeugungsfähigkeit des Mannes ist erheblich eingeschränkt, weil er zu wenig oder zu wenig normale Spermien hat (**männliche Subfertilität**); hier wird der ICSI-Behandlung ein immer größerer Stellenwert eingeräumt;
- **Immunologische Sterilität:** es wurden Antikörper gegen Ei- oder Spermien nachgewiesen.

#### **Mann und Frau:**

**Ungeklärte Sterilität:** der Grund für das Ausbleiben einer Schwangerschaft ist auch nach eingehenden Untersuchungen nicht nachweisbar, wird auch idiopathische Sterilität oder unexplained infertility genannt.

### 2. Darstellung der In vitro Fertilisation:



In unserem Institut werden Patientinnen betreut, die auf natürliche Weise (vergleiche Pkt. 1) nicht schwanger werden können. Auch bei Störungen von Seiten des Ehemannes (Partners) sind mit der extrakorporalen Befruchtung (In Vitro Fertilisierung und Embryo Transfer - IVF/ET), evtl. verbunden mit Mikroinjektion von Spermien in die Eizelle (Intracytoplasmische Spermia Injektion = ICSI-Methode), in vielen Fällen sehr gute Erfolge zu erwarten. Ziel dieser Behandlung ist es, durch die Hormonstimulation die Heranreifung von mehreren Eizellen zu erzielen und die anschließende Gewinnung dieser reifen Eizellen durch Punktion der Eibläschen unter Ultraschallsicht durch die Scheide. Danach erfolgt die Befruchtung der Eizellen außerhalb des weiblichen Körpers (in vitro) mit den Spermien des Ehemannes (Partners). Eine vorher bestimmte Anzahl der befruchteten Eizellen wird dann nach einigen Tagen wieder in die Gebärmutter eingesetzt, um so unter Umgehung des Eizelltransportes durch die Eileiter auch eine Schwangerschaft eintreten zu lassen. Hierfür sind einige Dinge von Wichtigkeit:

- Wenn Sie beabsichtigen, sich von uns betreuen zu lassen, versuchen Sie bitte, alle erreichbaren Unterlagen über Voroperationen, Hormonbestimmungen, Temperaturkurven, Spermienuntersuchung des Ehemannes/ Partners, usw. zusammenzustellen und zu einer ersten Vorbesprechung Ihrer Situation mitzubringen.

- Die Behandlung besteht aus den folgenden Schritten (hier beispielhaft aufgezeigt, denn **jede** Behandlung wird individuell geplant!):
  - Vorbesprechung mit Untersuchung nach telefonischer Anmeldung.
  - Die Verschreibung von Medikamenten für die Stimulation erfolgt individuell. Anlässlich der Vorbesprechung wird ein Therapieplan erstellt und im Detail genau erklärt.

### **3. Therapieplan:**

- 3.1 Die Stimulation erfolgt mit verschiedenen Hormonkombinationen mit oder ohne Vorbehandlung, mittels sogenannter Ultrakurz-, Kurz-, Langprotokolle oder Antagonisten-Protokoll. Ihr betreuender Arzt wird Ihnen das für Sie in Frage kommende Stimulationsprotokoll genau erklären, Ihnen genau zeigen, wie Sie die Medikamente nehmen sollen und Ihnen dann das Protokoll mit genauer Anleitung mitgeben.
- 3.2 Ultraschalluntersuchungen werden etwa ab dem 6.-10. Behandlungstag durchgeführt. Den genauen Zeitpunkt erfahren Sie von uns rechtzeitig. Wenn bei diesen Untersuchungen das größte Eibläschen einen Durchmesser ab 18 mm aufweist und alle Parameter eine ausreichende Eizellreifung anzeigen, wird eine Injektion (hCG - **Pregnyl, Pregnesin, Profasi, Choragon, oder Decapeptyl**) intramuskulär verabreicht. Dadurch wird die letzte Reifungsphase der Eizellen eingeleitet. Die Gewinnung dieser Eizellen erfolgt 34-36 Stunden danach.
- 3.3 Die Punktion der Eibläschen erfolgt durch die Scheide, in der Regel unter Sedierung (Dämmer Schlaf) mittels einer Kombination eines schmerzstillenden Mittels mit einem Sedierungsmittel ambulant im Institut unter Ultraschallsicht. Wenn eine Kurznarkose notwendig bzw. erwünscht ist, dürfen Sie 6 Stunden vorher nichts essen und trinken!
- 3.4 Am Tag der Eizellgewinnung muss auch der Partner zu einer vorher festgelegten Zeit in das Institut kommen, um hier den Samen (durch Masturbation gewonnen) bereitzustellen. Wenn er den Samen von zu Hause mitbringt, muss er schriftlich bestätigen, dass dieser von ihm selbst stammt. Im Falle der Notwendigkeit einer Intracytoplasmischen Spermajektion (ICSI) nach Gewinnung der Spermatozoen aus dem Hoden [Testikuläre Sperma Extraktion (TESE)] oder aus dem Nebenhoden [Mikrochirurgische Epididymale Sperma Aspiration (MESA)] wird der genaue Zeitpunkt dieser Operation beim Gatten/Partner individuell festgelegt und erfolgt im Regelfall vor der Eizellpunktion
- 3.5 Kann eine Befruchtung der Eizellen erreicht werden, erfolgt 2-5 Tage nach der Punktion das Zurücksetzen von üblicherweise max. 2, in Ausnahmesituationen (Frau > 40, wiederholte Fehlschläge, schlechte Qualität der Embryonen etc.) auch von mehreren daraus entstandenen Embryonen in die Gebärmutter, sogenannter Embryo- oder Blastocystentransfer. Abschließend wird die weitere oder zusätzliche Hormonbehandlung festgelegt und in einem aufklärenden Gespräch Verhaltensmaßnahmen empfohlen und die Termine für eventuelle Kontrolluntersuchungen vereinbart. Sollten dann noch überzählige Embryonen vorhanden sein, können diese, abhängig von ihrer Qualität, tiefgefroren werden.
- 3.6 Probleme während des Behandlungszeitraumes: Sollten Probleme (z.B. Krämpfe, Blutungen, Schmerzen) auftreten, ersuchen wir Sie sofort mit unserem Institut Verbindung aufzunehmen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wir stehen Ihnen in einer Notfallsituation (und bitte nur dann!) unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung:

NOTFALLSTELEFONNUMMER: .....

### **4. Risiken und Nebenwirkungen einer IVF Behandlung**

#### **4.1 Ist mit Nebenwirkungen bei der Stimulationsbehandlung zu rechnen?**

- Die Behandlung mit **Hormontabletten** (Antiöstrogenen) führt gelegentlich zu weitgehend harmlosen Nebenwirkungen wie z.B. Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Völlegefühl, schmerzhaftem Ziehen im Unterbauch oder Eierstockzysten. Allerdings kann es in sehr seltenen Fällen auch zur Überstimulation und zu Mehrlingsschwangerschaften kommen.
- Bei der Behandlung mit **Hormonspritzen** tritt – je nach Dosierung und Veranlagung – eine erhebliche vorübergehende Vergrößerung der Eierstöcke auf, die zu starken Bauchschmerzen führen kann. Zusätzlich können sich evtl. Wasseransammlungen im Bauch und in der Lunge bilden, die Atemnot und Übelkeit zur Folge haben. In diesem Zusammenhang kann es zum Verlust von Flüssigkeit aus den Blutgefäßen und Ansammlung derselben in der Bauchhöhle, Lunge und im peripheren Gewebe (Bein- und Armödemen) kommen. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass sich Blutgerinnsel (Thrombosen) bilden, die auch zum Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) führen können.

- Diese Nebenwirkungen (**Überstimulationssyndrom, OHSS = Ovarian Hyper Stimulation Syndrom**) lassen sich in der Regel medizinisch gut beherrschen. Sie erfordern in - seltenen Fällen eine stationäre Behandlung. In ganz extrem seltenen Fällen können sie sogar zu lebensbedrohlichen Zuständen bis hin zum Tode führen.

#### **4.2 Welche Probleme können durch die Eizellentnahme auftreten?**

In der Regel verläuft die Eizellentnahme ohne Komplikationen. Trotz größter Sorgfalt treten in seltenen Fällen jedoch Probleme auf. Es handelt sich dabei beispielsweise um

- Verletzung innerer Organe (z.B. Darm, Blutgefäße, Nerven, Harnblase) durch die Punktionsnadel (Ultraschallpunktion) ist das Verletzungsrisiko bei ungünstigen anatomischen Bedingungen erhöht, vor allem nach Voroperationen mit Verwachsungen;
- stärkere Blutungen: sie werden meist sofort erkannt und behandelt. Blutübertragungen sind fast nie erforderlich;
- leichte Nachblutungen und Blutergüsse: hier ist meist keine Behandlung erforderlich;
- Durchblutungsstörungen: sie sind denkbar durch Verschluss oder Schädigung von Blutgefäßen und können zum Absterben von Gewebe (z.B. Haut) oder Organen (z.B. Darm) führen, kommen jedoch nur äußerst selten vor;
- Infektionen: Je nach Ort und Ausmaß der Infektion sind unterschiedliche Folgeprobleme zu befürchten. Im Extremfall können zur Beherrschung des Krankheitsbildes große Bauchoperationen u.a. mit Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke nötig werden. Dies führt zur endgültigen Sterilität und kann auch psychosexuelle Störungen zur Folge haben. Solche Infektionen kommen jedoch nur sehr selten vor.
- Therapieversagen: In seltenen Fällen können keine befruchtungsfähigen Eizellen gewonnen werden und damit entfällt auch die Befruchtung außerhalb des Körpers (in vitro) und auch die Rückgabe (Embryotransfer) der befruchteten Eizellen (Embryonen).

#### **4.3 Störungen speziell bei der Embryonen-Übertragung (Embryo- oder Blastozystentransfer)?**

In der Regel ist das Einbringen der Embryonen oder Blastocysten in die Gebärmutter (Embryo- od. Blastocystentransfer) ungefährlich. Es können jedoch auch hier in seltenen Fällen Komplikationen auftreten:

- Sehr selten kann es nach der Übertragung der Embryonen zu krampfartigen Bauchschmerzen kommen.
- Eine Eileiterschwangerschaft oder eine aufsteigende Infektion kann nicht völlig ausgeschlossen werden.

#### **4.4 Erfolgsquote:**

Im Durchschnitt sind in Österreich lt. IVF-Fonds Schwangerschaftsraten (positive Herzaktion) von 29% - 34% pro Therapie möglich. In Ihrem individuellen Fall ist in unserer Krankenanstalt eine Aussicht auf Erfolg von ca. .... % zu erwarten.

#### **4.5 IVF/ICSI und Risiken einer Mehrlingsschwangerschaft?**

Beim Transfer von zwei und drei Embryonen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt. Alle Mehrlingsschwangerschaften (Zwillinge, Drillinge, selten auch Vierlinge) gelten als Risikoschwangerschaften und sollten daher nach Möglichkeit verhindert werden. Deutlich erhöht sind dabei die Abortusraten und die Frühgeburtsraten. Ebenso kann es zu verschiedenen Entwicklungsstörungen der Kinder bei Mehrlingsschwangerschaften, z.B. Retardierung (Mangelentwicklung, Zurückbleiben der körperlichen und/oder geistigen Entwicklung) kommen. Die Zwillingsschwangerschaftsrate liegt laut dem Österreichischen IVF Register im Jahre 2009 bei 21,8%, die Drillingschwangerschaften bei 1,2%, Vierlinge treten, wenn überhaupt, nur vereinzelt auf. Im Vergleich zum dem Deutschen Register DIR von 2008 liegen hier die Zahlen bei Zwillingsschwangerschaften bei etwa 26%, die Drillingschwangerschaften bei 2,11%, Vierlinge gab es 2008 keine. Im Vergleich zu früheren Jahren sinken die Mehrlingsschwangerschaftsraten konstant. Die Abortusraten liegen bei Mehrlingsschwangerschaften zwischen 18,9% und 20,3%.

Beim Rücktransfer von zwei Embryonen kann es in seltenen Fällen (< 1%) durch z.B. eineiige Zwillingsbildung auch zu höhergradigen Mehrlingen kommen (Drillinge und ganz selten sogar Vierlinge). Dies stellt eine ernste Komplikation dar, da es in diesen Fällen immer zu Frühgeburten verbunden mit möglichen Behinderungen und einer erhöhten kindlichen Sterblichkeit kommt.

Bei der Follikelpunktion kann es sein, dass nicht immer alle Eizellen entnommen werden können. Deshalb ist ein geschützter Geschlechtsverkehr (mit Kondom) von Beginn der Stimulation bis drei Tage nach der Punktion dringend anzuraten, um eine zusätzliche spontane Empfängnis zu vermeiden (Mehrlingsschwangerschaft).

## II. Fragebogen für Patientinnen mit Kinderwunsch

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir die Sinnhaftigkeit einer IVF-Behandlung beurteilen und im einzelnen mit Ihnen besprechen können sowie etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

<p><b>1. Wie war in letzter Zeit der Abstand zwischen Ihren monatlichen Blutungen ohne Einnahme von Medikamenten?</b></p> <p>Zwischen _____ und _____ Tagen.</p> <p>1.a. Wieviel Tage bluten Sie durchschnittlich? _____ Tage</p> <p>1.b. Blutungsstärke ?    <input type="radio"/> stark    <input type="radio"/> mittel    <input type="radio"/> schwach</p>			
<p><b>2. Körpergröße: _____ Gewicht: _____</b></p>			
<p><b>3. Sind Sie Raucherin ?</b> Wenn ja viele Zigaretten/Zigarren in der Woche ? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>4. Trinken Sie Alkohol ?</b> Wenn ja viel Alkohol trinken Sie in der Woche ? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>5. Erster Tag Ihrer letzten Periodenblutung? _____</b> Wenn Sie dies nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte den Monat oder das Jahr an</p>			
<p><b>6. Waren Sie schon einmal schwanger</b></p> <p>a) Geburten: 1. (Jahr) _____ 2. (Jahr) _____ 3. (Jahr) _____ .</p> <p>b) Fehlgeburten: 1. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____ 2. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____ 3. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____</p> <p>c) Schwangerschaftsunterbrechungen: 1. (Jahr) _____ 2. (Jahr) _____ 3. (Jahr) _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>7. Wurden bei Ihnen Bauch- oder Unterleibsoperationen durchgeführt?</b></p> <p>falls ja, welche Operation? _____</p> <p>Wann? 1. (Jahr) _____ 2. (Jahr) _____</p> <p>Falls im Unterleib, wurden danach die Eileiter überprüft?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>8. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu verstärkter Blutung/Blutverlusten?</b> Waren Übertragungen von Blut oder Blutbestandteilen erforderlich?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>9. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente (wie z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin oder niedermolekulares Heparin) ?</b></p> <p>Wenn ja welche in welcher Dosierung</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>10. Hatten Sie schon Röteln?</b></p> <p>10.a) Sind Sie gegen Röteln geimpft?    <input type="radio"/> unsicher</p> <p>10.b) Falls ja, wurde die Impfung kontrolliert?    <input type="radio"/> unsicher</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p><b>11. Seit wievielen Jahren besteht Ihr Kinderwunsch?</b> Seit _____ Jahren.</p>			

<p><b>12. Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bzw. der Kinderlosigkeit bereits in Behandlung anderer Ärzte?</b> falls ja, welche Abklärungen wurden bereits durchgeführt?</p> <p>welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?</p> <p>Wie lange? _____ Jahre.    <input type="radio"/> beim praktischen Arzt    <input type="radio"/> beim Frauenarzt</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>13. Haben Sie seelische Probleme?</b> Wenn ja aus welchem Grund ?</p> <p>a) aufgrund Ihres Kinderwunsches ? b) im Zusammenhang mit Ihrer Partnerschaft? c) aufgrund Ihres Berufes? d) andere Gründe?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>14. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt?</b></p> <p>Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>15. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A,B oder C, oder HIV/AIDS)?</b> Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>16. Wurden Allergien (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel) beobachtet?</b> Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>17. Kam es früher bei Wunden zu Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung?</b></p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>18. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (Thrombosen, Embolien)?</b></p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Schmerztabletten, Herztabletten oder blutgerinnungshemmende Mittel, Blutdruckmittel, Diabetesmedikamente) ein?</b> Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>20. Welche Fragen beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der geplanten IVF Behandlung ?</b></p>		
<p><b>21. Wurde bei Ihnen schon einmal eine lokale Betäubung (Lokalanästhesie) oder Sedierung (Dämmerschlaf) vorgenommen (z.B. Zahnarzt)?</b></p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p><b>22. Wieviele Embryonen sollen eingepflanzt (implantiert) werden ?</b> <input type="radio"/> 1      <input type="radio"/> 2      <input type="radio"/> 3      <input type="radio"/> mehr als drei _____</p> <p><b>Bitte beachten Sie dazu Pkt. 4.5.</b></p>		

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

---



---



---

### III. Einwilligung und Zustimmung gem. § 8 FMedG

Sie erfüllen die Voraussetzungen für die extrakorporale Befruchtung, die gute Chancen für eine Schwangerschaft bietet.

#### 1. Rechtliche Informationen

Das österreichische Bundesgesetz, BGBl Nr. 275/1992, mit dem die Regelung über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen (Fortpflanzungsmedizingesetz - FMedG), schreibt die entsprechenden Einwilligungserklärungen Ihrerseits bindend vor. Aus diesem Grund erlauben wir uns, Ihnen diese Einwilligungserklärung zur Vornahme medizinisch unterstützter Fortpflanzung zur Unterschrift vorzulegen.

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung darf von heute an für einen Zeitraum von zehn Jahren bzw. bis auf Widerruf lt. §8(4) des FMedG durchgeführt werden. Wir wurden ausdrücklich darüber aufgeklärt, dass diese Zustimmung

nach dem FMedG dem Arzt gegenüber von der Frau und vom Mann bis zur Einbringung des Samens in den Körper der Frau widerrufen werden kann; bei der Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers der Frau kann die Zustimmung nach dem FMedG von der Frau bis zur Einbringung der entwicklungsfähigen Zellen in ihren Körper, vom Mann nur bis zur Vereinigung der Eizellen mit Samenzellen widerrufen werden [§8(4)]. Dieser Widerruf bedarf keiner bestimmten Form; der Arzt hat den Widerruf schriftlich festzuhalten und hierüber auf Verlangen eine Bestätigung auszustellen.

#### 2. Einwilligung und Zustimmungserklärung

- Wir erteilen bis auf Widerruf unsere ausdrücklich Zustimmung (Einwilligung) zur Durchführung eine HIV-, Hepatitis B und C- Untersuchung im Rahmen der Behandlung der Kinderlosigkeit am Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. wir wurden eingehend über den Zweck des HIV-Tests und die Tragweite eines positiven Befundes, über die Arten der Infektion mit HIV, sowie die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Infektion informiert.
- Wir erteilen bis auf Widerruf unsere ausdrücklich Zustimmung (Einwilligung) zur Durchführung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung
  - durch das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau oder
  - Vereinigung von Eizellen und Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau oder
  - Einbringen von entwicklungsfähigen Zellen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau oder
  - das Einbringen von Eizellen und von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau.
- Wir als Paar erteilen unsere Zustimmung, Samen bzw. befruchtete Eizellen und Embryonen tiefzugefrieren. Wir nehmen zur Kenntnis, dass dies höchstens für zehn Jahre möglich ist. Diese schriftliche Zustimmung (Einwilligung) gilt auch für ein allfälliges Reaktivieren (Auftauen nach Tiefgefrieren). Wir nehmen zur Kenntnis, dass das Tiefgefrieren (Kryokonservierung) von imprägnierten Eizellen und Embryonen zur späteren Herbeiführung einer Schwangerschaft dient. Jeder der beiden Partner kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Bei Widerruf der Einwilligung oder bei Ablauf der Konservierungsdauer sind die imprägnierten Eizellen und Embryonen sofort zu vernichten.
- Wir Ehepartner weisen unsere Ehe durch die dieser Erklärung beigeheftete beglaubigte Kopie unserer **Heiratsurkunde** nach. Bei Lebensgemeinschaft legen wir einen **Notariatsakt**, wie lt. FMedG gefordert, vor. Wir verpflichten uns, eine etwaige Beendigung unserer Ehe bzw. Lebensgemeinschaft während der Dauer der Behandlung dem behandelnden Arzt der Krankenanstalt sofort mitzuteilen. Wir bestätigen, dass die Möglichkeit einer psychologischen Beratung angesprochen besprochen wurde, wie im Fortpflanzungsgesetz vorgesehen.

**Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.**

\_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr von    <sup>h</sup> bis    <sup>h</sup>

\_\_\_\_\_  
(Arzt)

\_\_\_\_\_  
(Ehefrau/Lebensgefährtin)

\_\_\_\_\_  
(Ehemann/Lebensgefährtin)

Bei **fremdsprachigen Patienten** war ein Dolmetscher bzw. ein von der Patientin vorgeschlagener der Sprache der Patientin/des Patienten mächtiger Laie (Name: \_\_\_\_\_) beigezogen.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Dolmetschers)

Aufklärungsblatt der  
Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Präsident Univ. Doz. Dr. D. Spitzer)  
und der  
Österreichischen IVF-Gesellschaft (Präsident Prim. Dr. G. Freude)  
auf Initiative von Univ. Prof. Dr. H. Zech  
unter der Rechtsberatung von  
Univ. Prof. Dr. Helmut Ofner, LL.M., Universität Wien  
unterstützt durch  
Dr. S. Möritz-Kaisergruber



### **Samenbestätigung**

Der Ehemann/Lebensgefährte bestätigt, dass der mitgebrachte Samen, der dem Team des Kinderwunschzentrums übergeben wird, von ihm selbst stammt.

Er ist damit einverstanden, dass seine Ehefrau/Lebensgefährtin seinen Samen übergeben darf.

Die Ehefrau/Lebensgefährtin bestätigt, dass der von ihr übergebene Samen von ihrem Ehemann/Lebensgefährten stammt.

Ehemann/Lebensgefährte -----

Ehefrau/Lebensgefährtin -----

Ort, Datum