

Einverständnis-Erklärung für die Durchführung eines Embryotransfers im Auftauzyklus

Wir, Geb. Datum
Name Partnerin

und Geb. Datum
Name Partner

können auf Grund einer Sterilität, bzw. eines Umstandes, der nicht durch eine der gängigen medizinischen Massnahmen korrigiert werden kann, kein gemeinsames Kind haben. Wir wünschen daher eine Behandlung mittels Embryotransfer im Auftauzyklus, nachdem anlässlich einer früheren Behandlung befruchtete Eizellen oder Embryonen durch Tiefgefrieren aufbewahrt wurden. Wir bevollmächtigen den unterzeichnenden Arzt und seine Mitarbeiter zur Durchführung dieser Methode. Die unten folgenden Einzelheiten wurden uns erklärt. Wir haben sie verstanden und akzeptiert.

A. Vorbedingungen

Eine anatomische Voraussetzung bei der Frau ist die Gebärmutter. Die Funktion oder das Vorhandensein der Eileiter ist nicht nötig. Flüssigkeitsgefüllte Eileiter können die Schwangerschafts-Chance sogar senken. Die behandelnden Ärzte haben alle relevanten medizinischen Informationen unsererseits erhalten. Eigene klinische Untersuchungsbefunde oder sonstige Massnahmen, die zur Eignungstestung für diese Methode notwendig sind, liegen vor. Die letzte Entscheidung über die Durchführung des Embryotransfers im Auftauzyklus hat der behandelnde Arzt. Patienten mit schwerwiegenden medizinischen, chirurgischen, psychosozialen oder psychischen Problemen können vom Programm ausgeschlossen werden.

B. Chronologischer Ablauf der Behandlung

Der im Einzelnen erklärte Ablauf ist uns bekannt:

Der Auftauzyklus beginnt mit der Menstruation. Dabei können verschiedene Methoden zur Vorbereitung der Gebärmutterschleimhaut angewendet werden:

- a) Hormonelle Vorbereitung der Gebärmutterschleimhaut mit Östrogenen (Tabletten oder Pflaster), sofern keine Gründe dagegensprechen. Umwandlung nach 12-14 Tagen mit Progesteron-Präparaten zur Planung des Embryotransfers. Bei dieser Methode ist es notwendig, dass im Falle des Eintretens einer Schwangerschaft die Behandlung mit Oestrogen und Gelbkörperhormon bis zur 12. Schwangerschaftswoche fortgesetzt wird, da erst ab diesem Zeitpunkt die Schwangerschaft selbst die entsprechende Hormonproduktion übernimmt.
- b) Stimulation eines einzelnen Eibläschens in den ersten Tagen des Zyklus mittels Gonadotropinen. Auslösen des Eisprungs bei reifem Eibläschchen. Der Embryotransfer kann dadurch nicht beliebig geplant werden. Die Gelbkörperphase wird mit einem Progesteronpräparat unterstützt.
- c) Aufbau der Gebärmutterschleimhaut im natürlichen Zyklus mit Auslösen des Eisprungs bei reifem Eibläschchen. Der Embryotransfer kann dadurch nicht beliebig geplant werden. Die Gelbkörperphase wird mit einem Progesteronpräparat unterstützt.

Version	Autor	Geprüft	Veröffentlicht
1	MFA	MFA	11.12.17

Die darauffolgenden Ultraschalluntersuchungen und Hormonbestimmungen im Blut werden nach einem festgelegten Schema durchgeführt. Bei gutem Schleimhautaufbau und/oder reifem Eibläschen wird der Embryotransfer geplant.

Von den tiefgefrorenen, befruchteten Eizellen oder Embryonen wird eine vereinbarte Anzahl aufgetaut. Diese Zahl wird vorgängig mit dem Paar besprochen. Sie ist abhängig von der Gesamtzahl der eingefrorenen befruchteten Eizellen, von deren Qualität, sowie davon, ob die Eizellen den Auftauprozess intakt überstehen. Gegen 95% der tiefgefrorenen Zygoten (befruchtete Eizelle am Tag 1) oder Blastozysten (Embryo am Tag 5) überstehen das Auftauen, nicht alle Zygoten teilen sich jedoch bis zum Transfertag weiter. Die aufgetauten befruchteten Eizellen werden in ein spezielles Nährmedium (Flüssigkeit) eingebracht, damit die weitere Entwicklung stattfinden kann. Spätestens im Blastozysten-Stadium wird der Embryo (maximal 3) mit Hilfe eines dünnen Katheters durch den Gebärmutterhalskanal in die Gebärmutter eingebracht. Dies findet im Transferraum statt. Für die korrekte Position erfolgt unter Ultraschallkontrolle durch die Bauchdecke. **Hierfür ist eine gefüllte Harnblase notwendig.** Der Embryotransfer erfolgt ambulant. Im Anschluss daran kann die Frau noch 15-30min im Ruheraum liegen bleiben.

In den folgenden zwei Wochen wird die Gelbkörperfunktion durch Medikamente unterstützt, um eine Einnistung des Embryos zu verbessern. 2 Wochen nach dem Eisprung oder der Schleimhaut-Umwandlung wird ein erster Schwangerschaftstest im Blut durchgeführt. Bei positivem Resultat muss die Behandlung der Gebärmutter Schleimhaut mit Gelbkörperhormon und allenfalls Östrogen je nach angewendetem Schema bis zur 12. Schwangerschaftswoche weitergeführt werden.

C. Zahl der Embryonen

Gemäss dem Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) dürfen **maximal zwölf befruchtete Eizellen bis ins Blastozystenstadium** weiterkultiviert werden. Aktuell ist es üblich, in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der medizinischen und familiären Situation, meist 1 Blastozyst zu übertragen. Damit reduziert sich das Mehrlingsrisiko deutlich. Seltener werden 2 Blastozysten transferiert. Darüber hinaus sind wir über Folgendes aufgeklärt:

Nicht übertragene, abnormal entwickelte Embryonen können nach medizinischer Beurteilung durch den unterzeichnenden Arzt oder seine Mitarbeiter verworfen werden.

D. Risiken der Behandlung

Wir verstehen, dass folgende Risiken und Unannehmlichkeiten mit der Behandlung verbunden sein können:

- a) Eine fehlende oder überschüssige Reaktion der Eierstöcke auf die Hormonbehandlung kann zum Therapie-Abbruch führen.
- b) Die Möglichkeit, dass sich ein oder mehrere Embryonen in (vorhandene) Eileiter oder Resteileiter einnisten und eine Eileiterschwangerschaft verursachen, lässt sich nicht ausschliessen. Eine operative oder medikamentöse Behandlung wäre die notwendige Folge. Die Schwangerschaft wird dadurch beendet.
- c) Bei primärer Einnistung mehrerer Embryonen in die Gebärmutter ist die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingschwangerschaft erhöht.
- d) Die Fehlgeburtenrate nach Embryotransfer im Auftauzyklus ist, gegenüber der natürlichen spontanen Rate, insbesondere bei vorgängiger Stimulation eines einzelnen Eibläschens nicht erhöht.
- e) Allerdings besteht eine direkte Beziehung zwischen dem Alter der Frau zum Zeitpunkt der ursprünglichen Eizellentnahme und der Abortwahrscheinlichkeit.
- f) Die Fehlbildungsrate bei Geburt von Kindern, welche durch eine extrakorporale Befruchtung gezeugt wurden (IVF, ICSI), kann minimal erhöht sein.
- g) Während der Behandlung können depressive Stimmungen oder andere milde psychische Veränderungen auftreten.

Version	Autor	Geprüft	Veröffentlicht
1	MFA	MFA	11.12.17

E. Kosten

Die Kosten für einen Embryotransfer im Auftauzyklus werden in der Schweiz nicht von den Krankenkassen übernommen. Dies gilt auch für die dazu verwendeten Medikamente. Das unterzeichnende Paar erklärt sich damit einverstanden, die jeweils gültigen, vorbesprochenen Kosten für den Auftauzyklus zu akzeptieren und vor der Behandlung zu begleichen. Die Kosten sind auch bei Ausbleiben einer Schwangerschaft zu bezahlen.

F. Rechtliche Situation

Wir nehmen von folgenden Umständen Kenntnis und/oder sind damit einverstanden:

Der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat Fr. Dr. med. Monika Fäh im Jahre 2017 die Bewilligung zur Führung des Kinderwunschzentrums Admira erteilt. Die Bewilligung zur Durchführung von ärztlich unterstützten Fortpflanzungsverfahren wird ebenfalls von der kantonalen Gesundheitsdirektion erteilt.

Seit dem 01.09.2017 sind das Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) und die Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) in Kraft getreten. Diese Erlasse regeln, unter welchen Voraussetzungen die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung beim Menschen angewendet werden dürfen.

Jeder einzelne Behandlungszyklus wird, unter voller Wahrung der Anonymität des behandelten Paares, an ein zentrales Register in der Schweiz gemeldet (FIVNAT-CH). Die statistische Auswertung der Daten dient vor allem der eigenen Qualitätskontrolle. Die überwiegende Mehrzahl der Behandlungs-Zentren in der Schweiz beteiligen sich an dieser Datenerfassung.

Für allfällige Streitigkeiten wird der Gerichtsstand Winterthur akzeptiert.

G. Besondere Bemerkungen

Wir verstehen, dass weder der unterzeichnende Arzt noch seine Mitarbeiter versprechen oder garantieren können, dass eine Schwangerschaft eintritt. Eine feste Erfolgsrate kann nicht einheitlich angegeben werden. Sie wird individuell mit jedem Paar vorgängig besprochen und mit den aktuellen Daten aus der FIVNAT-CH Statistik belegt.

Wir verstehen, dass jeder der folgenden Umstände eintreten und eine Schwangerschaft verhindern kann:

- Der Zeitpunkt des Eisprunges ist falsch beurteilt oder völlig unvorhersehbar. Der Eisprung hat bereits stattgefunden oder ist im Behandlungszyklus trotz der stimulierenden Medikamente völlig ausgeblieben, so dass der Zeitpunkt des Embryotransfers nicht festgelegt werden kann.
- Ein bereits befruchtetes Ei löst sich während des Auftauprozesses auf, entwickelt sich anschliessend nicht oder nur abnormal.
- Die Zellteilung einer befruchteten Eizelle bleibt ohne ersichtlichen Grund aus.
- Ein Laborzwischenfall verursacht den Verlust oder die Schädigung von Eizellen und/oder Embryonen.
- Der Transfer von Embryonen bleibt erfolglos.
- Die Einnistung des Embryos in der Gebärmutterschleimhaut misslingt.

Bezüglich der Behandlung mittels Embryotransfer im Auftauzyklus, der wir zustimmen, entlasten wir den unterzeichnenden Arzt ausdrücklich von jeder Verantwortung für Komplikationen, die während der Befruchtung, des Embryotransfers, der anschliessenden Embryonalentwicklung und der Geburt oder durch die Geburt eines oder mehrerer, in irgendeiner Weise abnormalen Kindes entstehen können.

Version	Autor	Geprüft	Veröffentlicht
1	MFA	MFA	11.12.17

Admira Kinderwunschzentrum

Brunngasse 6
8400 Winterthur
Tel. +41 52 224 60 70

info@admira.ch
www.admira.ch



Wir entlasten den unterzeichnenden Arzt und seine Mitarbeiter zudem von der Verantwortung hinsichtlich widriger Konsequenzen, die uns oder unseren Kindern in Verbindung mit diesem Verfahren oder als Folge dieses Verfahrens und damit verbundenen Behandlungen erwachsen können. Wir verstehen und erwarten jedoch ausdrücklich, dass die Methoden und die damit verbundenen Behandlungen in voller Übereinstimmung mit den üblichen Standards medizinischer Sorgfalt durch den unterzeichnenden Arzt und seine Mitarbeiter durchgeführt werden.

Wir haben diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden.

Die Durchführung und Schwierigkeiten der Behandlung sind uns bekannt.

Über die Risiken von Mehrlingsschwangerschaften sowohl für die Mutter als auch für das Kind/die Kinder **bin ich informiert worden.**

.....
Ort, Datum

.....
Name Partnerin

.....
Ort, Datum

.....
Name Partner

Ich habe das oben unterzeichnende Paar beraten und den Inhalt dieser Einverständniserklärung dargelegt.

Winterthur, den

.....
Behandelnder Arzt

Die gewählte männliche Schreibweise gilt natürlich auch für die weibliche Form.

Version	Autor	Geprüft	Veröffentlicht
1	MFA	MFA	11.12.17