

## Ergänzende Einverständniserklärung für die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen durch das fiore LAB in St. Gallen

Wir, ..... Geb. Datum .....  
Name Partnerin

und ..... Geb. Datum .....  
Name Partner

wurden darüber informiert und sind damit einverstanden, dass folgende Massnahmen durch das fiore LAB in St. Gallen durchgeführt werden:

- Transport unserer Eizellen und/oder Spermien in Begleitung einer Embryologin des fiore LAB vom Kinderwunschzentrum Admira in Winterthur ins fiore LAB in St. Gallen
- Transport unserer Embryonen vom fiore LAB in St. Gallen ins Kinderwunschzentrum Admira in Winterthur in Begleitung einer Embryologin des fiore LAB
- In-vitro-Fertilisation
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Bedarf (Spermienqualität)
- Kryokonservierung unserer Eizellen und/oder Spermien und/oder Embryonen

**Bemerkungen:** .....

**Wir haben diese Einverständnis-Erklärung gelesen und verstanden.  
Die Durchführung und Schwierigkeiten der Behandlung sowie die Kosten sind uns bekannt.  
Wir hatten genügend Zeit und Gelegenheit, über diese Beratung hinausgehende Fragen zu stellen.**

.....  
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/Ärztin

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
Einverst. T-IVF	Adm/cons/	MFA	10.8.18	2.1