

Ergänzende Einverständniserklärung für die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen

Wir, Geb. Datum
Name Partnerin

und Geb. Datum
Name Partner

wurden darüber informiert und sind damit einverstanden, dass folgende Massnahmen durchgeführt werden:

- 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
Unterschrift Partnerin

.....
Ort, Datum
Unterschrift 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	27.08.2020	2.2