

Einverständniserklärung vor der Durchführung einer intrauterinen Insemination

Name und Vorname Partnerin: _____

Geburtsdatum Partnerin: _____

Name und Vorname Partner: _____

Geburtsdatum Partner: _____

Hiermit erklären wir, die Unterzeichnenden, uns damit einverstanden, dass aufgrund der bei uns vorliegenden ungewollten Kinderlosigkeit eine Behandlung mit einem medizinischen Verfahren der unterstützten Fortpflanzung durchgeführt wird. Entsprechend dem Bundesgesetz, welches diese medizinische Massnahme regelt, wurde mit uns Folgendes besprochen:

- Ursachen unserer ungewollten Kinderlosigkeit
- Alternativen zur geplanten medizinischen Behandlung
- Ablaufes der bei uns geplanten Behandlung
- Mögliche körperliche und seelische Belastungen
- Mögliche Risiken in Zusammenhang mit der Behandlung
 - Mehrlingsschwangerschaft
 - Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle
 - Überstimulationssyndrom, Stieldrehung des Eierstockes
 - Verletzung von Nachbarorganen, Infektion, Nachblutungen (im Falle einer Follikelreduktion)
- Angebot einer psychologischen Betreuung
- Möglichkeit einer alternativen Zweitberatung

Wir bestätigen hiermit, dass uns nach dem Aufklärungsgespräch ausreichend Zeit für unsere Entscheidungsfindung gelassen wurde.

Ort / Datum: _____

Unterschriften: _____

Klinik/Praxis:

Name/Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes: _____

Ort und Datum: _____