



## Einverständniserklärung für den Transfer kryokonservierter Zellen

Frau .....geb.: .....

Herrn .....geb.: .....

Hiermit bestätigen wir,

1. dass wir darüber aufgeklärt worden sind, dass die Kosten für den Kryo-Transfer (Labor, Ultraschall, Medikamente, Auftauen etc.) keine Kassenleistungen darstellt und von uns selbst zu bezahlen sind.
2. dass wir am ..... den Transfer von ..... aufgetauten, imprägnierten Eizellen und später geteilten Embryonen wünschen.

\_\_\_\_\_  
(Ehefrau)

\_\_\_\_\_  
(Ehemann)

Prien, den \_\_\_\_\_

Ausgehändigt von:

Dr. med. Susann Böhm / Dr. med. Angelika Stachl