



**Erklärung zur Vorbereitung von Kryo-Zyklen mit
vitrifizierten Blastocysten**

Wir wünschen das Auftauen unserer kryokonservierten Blastocysten, mit dem Ziel der Übertragung von

1 **2** **Embryo(nen)**

Sollte sich die aufgetaute Blastocyste als nicht entwicklungsfähig erweisen, werden wir eine weitere Blastocyste aus Ihrem Bestand (sofern vorhanden) auftauen.

Wir wünschen die Anwendung von **Embryo Glue**: **JA** **NEIN**

Über die medizinischen, rechtlichen und finanziellen Aspekte sind wir aufgeklärt worden. Es bestehen hierzu keine ungeklärten Fragen.

| | | |
|------------------|---|---|
| Patientin | <input type="text"/> <small>Vor- und Familienname in Druckbuchstaben</small> | <input type="text"/> <small>Unterschrift</small> |
| Patient | <input type="text"/> <small>Vor- und Familienname in Druckbuchstaben</small> | <input type="text"/> <small>Unterschrift</small> |
| Dresden, | <input type="text"/> | |

Bitte bringen Sie diese Erklärung, ausgefüllt und von Beiden unterschrieben, **unbedingt** zur ersten Untersuchung in der Vorbereitungsphase mit.

Beachten Sie: ohne diese unterschriebene Erklärung **dürfen** wir keinen Auftauvorgang durchführen.