



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Einverständniserklärung vor der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung (IUI, IVF, ICSI)

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:

Ja **Nein**

- Erklärung über die Ursachen unserer ungewollten Kinderlosigkeit.
- Ausführliche Beratung über etwaige Alternativen zur medizinischen Behandlung.
- Darstellung des Ablaufes der bei uns geplanten Behandlung.
- Informationen über mögliche körperliche und seelische Belastungen.
- Besprechung der Risiken (Mehrlingsschwangerschaft, Überstimulationssyndrom, Stieldrehung des Eierstockes, Verletzung von Nachbarorganen, Nachblutungen)
- Besprechung der finanziellen Kosten einer medizinischen Behandlung.
- Wir bestätigen hiermit, dass uns nach dem Aufklärungsgespräch ausreichend Zeit (mindestens vier Wochen) für unsere Entscheidungsfindung gelassen wurde.
- Wir wurden auf die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung hingewiesen.
- Wir wurden auf die Möglichkeit einer alternativen Zweitberatung hingewiesen.
- Wir wurden darauf hingewiesen, dass bei technischem Versagen der Geräte kein Haftungsanspruch besteht.

Wir erklären uns damit einverstanden, dass, falls möglich, überzählige befruchtete Eizellen/ Embryonen durch Einfrierung aufbewahrt werden. Dieses Verfahren bietet die Möglichkeit, dass später ohne eine erneute aufwendige Hormonbehandlung wieder aufgetaute, befruchtete Eizellen, respektive Embryonen übertragen werden können. Die eingefrorenen befruchteten Eizellen/ Embryonen dürfen fünf Jahre aufbewahrt werden. Anschliessend kann ein Antrag auf Verlängerung der Frist um weitere fünf Jahre gestellt werden.

Ort / Datum: _____

Unterschriften:

Patientin

Partner



INFORMED CONSENT FORM FOR DATA COLLECTION

Informed consent to be given prior to medically assisted reproduction treatment with intrauterine insemination (IUI), in vitro fertilisation (IVF) or intracytoplasmic sperm injection (ICSI)

We have been informed and we agree that our treatment data shall be stored in a central register (FIVNAT) in coded form. The purpose of this data collection, required by law (Reproductive Medicine Act, RMA), is for nationwide quality control and statistical analyses. We agree that our coded treatment data shall be processed, for the purposes stated, by FIVNAT and third parties commissioned by FIVNAT. The coded analyzed results shall be passed on to the Swiss Federal Statistical Office in table form.

We take note that neither FIVNAT nor the Swiss Federal Statistical Office (FSO) have access to our personal data.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENERHEBUNG

Einverständniserklärung vor der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung (IUI, IVF, ICSI)

„Wir wurden darüber informiert und erklären uns damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten zentral und verschlüsselt erfasst werden (FIVNAT). Der Zweck der Datenerhebung, welche von Gesetzes wegen verlangt wird (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) liegt in der bundesweiten Qualitätskontrolle und in statistischen Auswertungen. Wir erklären uns damit einverstanden, dass die verschlüsselten Behandlungsdaten zu den genannten Zwecken durch FIVNAT oder durch von FIVNAT beauftragte Dritte bearbeitet werden. Die verschlüsselten ausgewerteten Resultate werden in Form von Tabellen an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet.“

Wir nehmen zur Kenntnis, dass weder FIVNAT noch das Bundesamt für Statistik (BFS) Zugang zu unseren Personalien haben.

CONSETEMENT ÉCLAIRÉ POUR LA COLLECTE DES DONNÉES

Déclaration de consentement préalable à toute procréation médicalement assistée (IUI, FIV, ICSI)

Nous avons été informés de l'enregistrement codé et centralisé des données relatives au traitement (FIVNAT) et y consentons par la présente. La collecte des données est exigée par la loi (Loi Fédérale sur la Procréation Médicalement Assistée, LPMA) et sert au niveau fédéral au contrôle de la qualité et à une évaluation statistique. Nous donnons ici notre accord pour le traitement des données codées relatives à la procréation médicalement assistée pour les raisons énoncées, par FIVNAT ou par des tiers mandatés par FIVNAT. Les résultats codés et évalués sont envoyés à l'Office Fédéral de la Statistique sous forme de tableaux.

Nous prenons acte du fait que ni FIVNAT ni l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) n'ont accès à nos données personnelles.

CONSENSO INFORMATO PER RACCOLTA DEI DATI

Consenso informato prima dell'esecuzione di trattamenti di fecondazione assistita (IUI, IVF, ICSI)

Siamo stati informati e acconsentiamo che tutti i dati del trattamento, resi in forma anonima tramite codificazione, siano raccolti in modo centralizzato (FIVNAT). La raccolta dei dati è richiesta dalla legge (Legge federale concernente la procreazione con assistenza medica, LPAM) ed è finalizzata al controllo della qualità a livello federale e alla valutazione statistica. Acconsentiamo inoltre che i dati codificati del trattamento, per le ragioni di cui sopra, possano essere elaborati da FIVNAT o da terzi, designati da FIVNAT.

I risultati codificati delle analisi statistiche sono inviati all'Ufficio Federale di Statistica in forma tabellare.

Prendiamo atto del fatto che né FIVNAT né l'Ufficio Federale di Statistica (UST) hanno accesso ai nostri dati personali.

Place/Date - Ort/Datum

Luogo/data - Lieu/date

Signature Patient - Unterschrift Patientin

Firma della paziente - Signature de la patiente

Signature Partner - Unterschrift Partner

Signature partenaire - Firma del partner

Einfrierung / Konservierung von imprägnierten (befruchteten) Eizellen

A. Auftrag

Konsiliarteam

- Dr. med. Heiner Adams
- Vera Andrist
- Dr. phil. nat. Florent Badiqué
- Prof. Dr. phil. II Paul A. Bischof
- Helen Bucher
- Dr. med. Christian Bussmann
- Dr. sc. nat. ETH Diana Ciardo
- Véronique Cottin
- Dr. phil. II Maurus Curti
- Dr. med. Pierre de Viragh
- Dr. med. Sophie Diebold Berger
- Dr. med. Olivier Dubuis
- Dr. med. Jean-François Egger
- Dr. sc. nat. ETH, SRT, ERT Daniel Fabian
- Reto Fehlmann
- Dr. med. Axel Fehr
- Christian Fiechter
- Myriam Flückiger
- Monika Furrer
- Sabina Greuter
- Dr. med. Oliver Gugerli
- Dr. med. Tamara Hebert
- Dr. med. Barbara Hummer
- Dr. med. Edelbert Imhof
- Dr. med. Adrian Keller
- Dr. med. Régine Ketterer
- Dr. med. Petra Kohler
- Dominique König
- Dr. med. Herbert Köppl
- Natalie Krebsler-Viollier, lic. phil.
- Dr. med. Anne-Marie Kurt
- Dr. rer. nat. Henriette Kurth
- Dr. phil. II Claudia Lang
- Dr. med. Thierry Lefrancq
- Dr. med. Robert Lemoine
- Lisa Martin
- Dr. pharm. Sarah Molteni
- Dr. med. univ. Michael Nägele
- Dr. med. Sabine Nann-Rütti
- Dr. rer. nat. Ahmed Nil
- Dr. phil. II Christoph Noppen
- Anette Ohland
- Dr. med. Xuan-Cuong Pham
- Mariel Pieth
- Dr. med. Ines Raineri
- Bettina Rogger
- Dr. med. Didier Sarazin
- Dr. med. Dr. phil. II Bernd Sasse
- PD Dr. med. Boris E. Schleiffenbaum
- Yves Stehle
- Dr. phil. II Fabrice Stehlin
- Elsbeth Steiger
- Dr. med. Sophia Taylor
- Dr. phil. II Giovanni Togni
- Dr. phil. II Lila Tomova
- Dr. med. Elizabeth Tschanz
- Dr. med. Maxime Vernez
- Dr. med. Brigitte Vion-Gauthier
- Dr. med. Sonja Vollenweider Roten
- Dr. rer. nat. Kristina Vollmer
- Dr. med. Ruth von Dahlen
- Dr. med. Dominique Weintraub
- Dr. med. Jonathan Weintraub
- PD Dr. med. Andreas Zettl
- PD Dr. pharm. Thomas Zysset

Wir, die Unterzeichnenden,

Name / Vorname	_____	Name / Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Telefon	_____	Telefon	_____

1. Beauftragen hiermit Viollier AG zur Einfrierung und Aufbewahrung unserer imprägnierten Eizellen im Hinblick auf eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung.
2. Haben davon Kenntnis genommen, dass unsere imprägnierten Eizellen gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (FMedG, aktuelle Version) **während höchstens fünf Jahren konserviert werden dürfen.**
3. Nehmen zur Kenntnis, dass die Einfrierung, die Aufbewahrung und das Auftauen der imprägnierten Eizellen in Anwendung bewährter wissenschaftlicher Methoden erfolgt. Viollier AG kann jedoch keine Gewähr dafür übernehmen, dass die imprägnierten Eizellen nach deren Auftauen lebensfähig und geeignet sind, eine Schwangerschaft herbeizuführen.
4. Haben davon Kenntnis genommen, dass wir unsere imprägnierten Eizellen an eine anderes Zentrum zur weiteren Konservierung und Verwendung abgeben können. Wir können Viollier AG jederzeit mit schriftlicher Weisung auffordern diese zu vernichten.
5. Geben unser Einverständnis, dass Viollier AG für die Einfrierung und die Konservierung im ersten Jahr Rechnung stellt und uns ab dem zweiten Aufbewahrungsjahr jeweils einen weiteren, im Voraus zahlbaren Jahresbetrag fakturiert. Im Falle des Auftauens, Vernichtung oder Abgabe unserer imprägnierten Eizellen während eines Aufbewahrungsjahres bleibt die volle Jahresgebühr geschuldet. Die massgebenden Beträge sind auf der jeweils geltenden Tarifliste von Viollier AG aufgeführt.
6. Sind damit einverstanden, dass unreife oder unbefruchtete Eizellen, welche nicht für unser Vorhaben einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung eingesetzt werden können, von Viollier AG im Rahmen ihrer Qualitätsüberwachung und Methodenevaluierung verwendet werden. Unmittelbar nach Abschluss einer derartigen Verwendung werden die Zellen vernichtet.

Ja Nein

7. Verpflichten uns, Viollier AG über allfällige Adressänderungen zu informieren.

Bemerkung _____

Ort, Datum _____ Ort, Datum _____

Unterschrift _____ Unterschrift _____

B. Annahmeerklärung von Viollier AG

Bemerkung _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Geschäftsleitung

- Olivier Kobel, Dipl. Ing. HTL
- Fritz Lehmann
- Dr. sc. nat. ETH Stefano Longoni
- Dr. med. Maurice Redondo
- Markus Rohrbach
- Dominic Viollier, lic. oec. HSG
- Dr. med. Edouard H. Viollier

Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizin-gesetz, FMedG)

810.11

Vom 18. Dezember 1998 (Stand am 14. Oktober 2003)

Art. 15 Konservierung von Keimzellen

¹ Keimzellen dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung der Person, von der sie stammen, und während höchstens fünf Jahren konserviert werden.

² Eine längere Konservierungsdauer kann vereinbart werden mit Personen, die im Hinblick auf die Erzeugung eigener Nachkommen ihre Keimzellen konservieren lassen, weil eine ärztliche Behandlung, der sie sich unterziehen, oder eine Tätigkeit, die sie ausüben, zur Unfruchtbarkeit oder zu einer Schädigung des Erbgutes führen kann.

³ Die Person, von der die Keimzellen stammen, kann ihre Einwilligung in die Konservierung und Verwendung jederzeit schriftlich widerrufen.

⁴ Bei Widerruf der Einwilligung oder bei Ablauf der Konservierungsdauer sind die Keimzellen sofort zu vernichten.

Art. 16 Konservierung imprägnierter Eizellen

¹ Imprägnierte Eizellen dürfen nur konserviert werden, wenn:

- a. das zu behandelnde Paar seine schriftliche Einwilligung gibt; und
- b. die Konservierung der späteren Herbeiführung einer Schwangerschaft dient.

² Die Konservierungsdauer beträgt höchstens fünf Jahre.

³ Jeder der beiden Partner kann die Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen.

⁴ Bei Widerruf der Einwilligung oder bei Ablauf der Konservierungsdauer sind die imprägnierten Eizellen sofort zu vernichten.

⁵ Der Bundesrat verbietet die Konservierung imprägnierter Eizellen, wenn der Stand von Wissenschaft und Praxis es erlaubt, nichtimprägnierte Eizellen mit befriedigendem Erfolg zu konservieren.