

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG - POLKÖRPERDIAGNOSTIK

**Eröffnung der Zona pellucida der Eizelle durch Einsatz eines Laser,
Entnahme des 1. / 2. Polkörpers,
genetische Untersuchung - FISH (Chromosomen 13, 16, 18, 21, 22)**

Patientin:

Ich habe die Patienteninformation gut durchgelesen und verstanden; eine Kopie wurde mir ausgehändigt. Ich erkläre mich damit einverstanden, diese Behandlung durchführen zu lassen. Ich weiß, daß ich die Behandlung zu jeder Zeit abbrechen kann, nachdem ich mit meinem behandelnden Arzt darüber gesprochen habe.

Name:

Vorname:

Unterschrift:

Datum:

Arzt/Ärztin:

Ich habe der Patientin die Behandlung erläutert und mit Ihr durchgesprochen. Sie ist über den Hintergrund der Behandlung informiert, ebenso wie über den sich aus der Behandlung ergebenden Nutzen.

Name:

Vorname:

Unterschrift:

Datum:

Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger:

Ich habe der Patientin die Behandlung aus genetischer Sicht ergänzend erläutert und mit Ihr durchgesprochen. Sie ist über die genetischen Aspekte der Laborarbeit informiert.

Unterschrift:

Datum: