

## **VEREINBARUNG UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE KRYOPRESERVIERUNG VON EIZELLEN ZU PRÄSERVATIVEN ZWECKEN**

Die vorliegende Vereinbarung regelt die Kryokonservierung von Eizellen zwischen:

- Einerseits dem Zentrum für medizinisch unterstützte Fortpflanzung des CHC-Clinique MontLégia, Boulevard Patience und Beaujonc 2, 4000 Lüttich, vertreten durch Dr. (Stempel)

- Andererseits der Antragstellerin,

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ...../...../.....

Wohnhaft in .....

.....

Ich erkläre, dass ich das Zentrum für medizinisch unterstützte Fortpflanzung (PMA) des CHC-Clinique MontLégia gebeten habe, meine Eizellen aus folgendem Grund einzufrieren<sup>1</sup>:

- Drohende Ovarialinsuffizienz**
- Erhaltung der Fruchtbarkeit vor einer zytotoxischen Behandlung**
- Prävention der Ovarialalterung**
- Nach meiner In-vitro-Fertilisation (IVF)-Behandlung**
- Um die Embryokryokonservierung / Überproduktion zu vermeiden**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Eizellen entnommen und zur Kryokonservierung verwendet werden. Mir wurden die verschiedenen Vorteile, Risiken und Nachteile im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen sowie der noch relativ **neuen** Technik erläutert, die bis heute verwendet wird.

---

<sup>1</sup> Kreuzen Sie eine Möglichkeit an

Ich wurde darüber informiert, dass:

- Die besten Chancen auf eine Schwangerschaft bestehen bei einer natürlichen Empfängnis vor dem 35. Lebensjahr. Die Erfolgsaussichten für assistierte Reproduktion (PMA) nehmen nach dem 35. Lebensjahr ab.
- Die Eizellenkryokonservierung garantiert keine zukünftige Schwangerschaft, obwohl die Überlebensrate nach dem Auftauen bei 85 bis 95 % liegt.
- Die Schwangerschaftsrate ist umgekehrt proportional zum Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Eizellenkryokonservierung: Jedes zusätzliche Jahr reduziert die Schwangerschaftschancen um 7 %. Ovarialinsuffizienz verringert die Erfolgsaussichten um 20 %.
- Die Lebendgeburtenrate liegt bei etwa 4 bis 6 % pro vitrifizierter reifer Eizelle und ist eng mit dem Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Kryokonservierung verbunden.
- Wir haben derzeit begrenzte Erfahrungen, um die Gesundheit von Kindern, die nach dieser Technik geboren wurden, einzuschätzen. Die kumulierten Ergebnisse sind beruhigend (tausend Geburten), aber noch nicht ausreichend, um endgültige Schlussfolgerungen zu ziehen.
- Der Einsatz von Stimulation und Eizellentnahme birgt Risiken für Nebenwirkungen, die auf etwa 1 % geschätzt werden. Zu diesen Risiken, die mit jeder IVF-Behandlung verbunden sind, gehören insbesondere infektiöse und blutungsbedingte Risiken im Zusammenhang mit der Eizellentnahme sowie Risiken im Zusammenhang mit der Stimulation des Eisprungs. Diese Risiken sind selten, können aber schwerwiegend sein. Es wurde auch über eine mögliche Übertragung genetischer Krankheiten und eine leichte Zunahme von angeborenen Fehlbildungen beim Kind berichtet.
- Die Kosten für die für die Eistimulation benötigten Medikamente sowie die Labortätigkeiten (Eizellentnahme, Kryokonservierung, langfristige Lagerung) werden nicht von der Krankenkasse übernommen und sind vollständig vom Patienten zu tragen. Ein personalisiertes Angebot, basierend auf der Versicherbarkeit der Patientin, kann auf Anfrage von Frau Garnier unter 04/355.42.73 oder carine.garnier@CHC.be erstellt werden.

Diese Informationen basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (Stand 2014).

Ich konnte während der Beratungssitzungen alle zusätzlichen Informationen erhalten, die ich gewünscht habe, und habe sie verstanden.

Ich bestätige, die Erklärung für Patientinnen, die sich einer IVF-Behandlung unterziehen, erhalten zu haben, sowie die Einladung zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen, die jeden ersten Montag im Monat um 19:30 Uhr vom FIV-Team im CHC-Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Lüttich, abgehalten werden. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen wurde mir dringend empfohlen.

Wir bestätigen, die Kontaktdaten von befugten Personen erhalten zu haben, die eine psychologische Begleitung vor und während des Prozesses der assistierten Reproduktion anbieten. Die Teilnahme an einer Vorberatung vor der Behandlung wurde uns dringend empfohlen.

Ich wurde über **die Lagerungskosten** informiert, die **100 € pro Jahr** betragen, unabhängig von der Anzahl der Spenden im Jahr. Diese Kosten werden jährlich angepasst. Bei Nichtzahlung kann eine gerichtliche Maßnahme eingeleitet werden. Zusätzliche Gebühren können je nach meiner Versicherung und den zum Zeitpunkt der Kryokonservierung und/oder Befruchtung geltenden Rückerstattungsmodalitäten anfallen.

*Dauer der Kryokonservierung:*

Gemäß den Artikeln 5, 13, 17 & 18 des Gesetzes über die Medizinisch Assistierte Fortpflanzung vom 9. März 2007 wird die Dauer der Kryokonservierung von Keimzellen für ein Elternprojekt oder ein zukünftiges Elternprojekt standardmäßig auf 10 Jahre festgelegt. Dieser Zeitraum beginnt ab dem Tag der Kryokonservierung.

Ich möchte<sup>1</sup>:

- Diesen Zeitraum nicht verkürzen
- Diesen Zeitraum auf eine bestimmte Zeit von ... Jahren / Monaten verkürzen.

*Verbleib der Eizellen nach Ablauf der Kryokonservierungsdauer:*

Die Kryokonservierungsdauer von 10 Jahren (standardmäßig) kann mehrmals um einen Zeitraum von einem Jahr oder mehr verlängert werden, aufgrund besonderer Umstände. Solche Anfragen müssen schriftlich und unterschrieben von derjenigen Person, die die Kryokonservierung beantragt hat, an das Zentrum für Medizinisch Assistierte Fortpflanzung geschickt werden, und das Zentrum muss innerhalb einer angemessenen Frist von 2 Monaten antworten.

Wenn die Verlängerung akzeptiert wird, gilt die jährliche indexierte Gebühr von 100 €, unabhängig vom Grund der Konservierung.

Wenn die Verlängerung abgelehnt wird, hat die Antragstellerin eine Frist von 2 Monaten, um auf eigene Kosten den Transfer der Eizellen zu einer anderen Bank zu organisieren. Andernfalls werden die Eizellen zerstört.

Am Ende der Kryokonservierungsdauer werden die Eizellen<sup>1</sup>:

- Für ein anonymes Eizellenspende-Programm für ein unfruchtbares Paar vorgesehen.**

Diese Bestimmung betrifft keine Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Kryokonservierung älter als 35 Jahre sind. Im Falle einer Spende stellt Ihnen das PMA-Zentrum eine spezifische Einverständniserklärung und einen Fragebogen sowie eine Blutuntersuchung zur Verfügung. Wir wurden darüber informiert, dass die Kryokonservierungsdauer für Eizellen, die für ein Eizellenspende-

---

<sup>1</sup> Kreuzen Sie eine Möglichkeit an

Programm vorgesehen sind, auf einen Zeitraum von 5 Jahren begrenzt ist, der ab dem Ablaufdatum der für Ihr Elternprojekt vorgesehenen Kryokonservierungsdauer beginnt.

**Vom PMA-Zentrum der CHC-Clinique MontLégia zerstört.**

Ich wurde informiert, dass das PMA-Zentrum der CHC-Clinique MontLégia keine Verwendung der nicht verwendeten überschüssigen Keimzellen für ein wissenschaftliches Spendenprogramm vorschlägt.

Vorausgesetzt, dass die Frist für die Kryokonservierung der überschüssigen Keimzellen abgelaufen ist, können diese Anweisungen jederzeit durch ein schriftliches Dokument geändert werden, das von allen Parteien dieser Vereinbarung unterzeichnet wurde.

Hiermit informiert das Zentrum für medizinische assistierte Fortpflanzung die potenzielle Antragstellerin des Elternprojekts darüber, dass es die postmortale Verwendung der eingefrorenen Eizellen ausschließt und sich dabei auf die Gewissensklausel im Gesetz beruft. Wenn die Patientin die postmortale Verwendung ihrer Eizellen befürwortet, muss das Formular **B0203F54** - Zustimmung zur Verwendung von MCH post Mortem - von ihr datiert und unterschrieben dieser Vereinbarung beigefügt werden, um diese Bestimmung zu spezifizieren. Dieses Dokument ermöglicht gegebenenfalls (im Falle des Todes der Patientin) den Transfer der Eizellen in ein anderes Zentrum, das die postmortale Behandlung gemäß den Bestimmungen dieses Zentrums akzeptiert. Ohne dieses Dokument werden die Eizellen zerstört, sobald die Antragstellerin verstorben ist oder eine dauerhafte Entscheidungsunfähigkeit aufweist.

Hiermit ermächtige ich ausdrücklich das PMA-Zentrum, die Eizellen nach Ablauf der für mich geltenden Fristen zu zerstören.

Ich stimme zu, dass die medizinischen und administrativen Daten den Gynäkologen des PMA-Zentrums der CHC-Clinique MontLégia, die an der Behandlung beteiligt sind, zur Verfügung gestellt werden, und ich ermächtige die Weitergabe der erhobenen Daten an externe Stellen zur nationalen und internationalen Registrierung sowie zur Überwachung der Qualität der assistierten Fortpflanzung. Diese Kommunikation erfolgt in codierter Form, um die Identität der betroffenen Personen vor dem Empfänger und Analytiker der Daten zu schützen.

**Ich verpflichte mich, das PMA-Zentrum der CHC-Clinique MontLégia umgehend über jede Änderung meines Wohnsitzes zu informieren.**

Lüttich, der .....

Unterschrift, vorangestellt von der Angabe "Gelesen und genehmigt",

Die Antragstellerin

Der Arzt