

## **VEREINBARUNG ÜBER DIE ANZAHL DER EMBRYONEN, DIE NACH DER KRYOPRESERVIERUNG ÜBERTRAGEN WERDEN SOLLEN**

Hiermit informiere ich, Dr. ....,

Herrn/Frau ....., geboren am .....  
und Frau ....., geboren am .....

dass gemäß den Rückerstattungskriterien der INAMI **höchstens 2 aufgetaute Embryonen übertragen werden dürfen**. Um jedoch das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft und ihrer Komplikationen zu begrenzen, verfahren wir wie folgt:

- Eingefrorene Embryonen im Entwicklungsstadium Tag 2 oder Tag 3 können, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen und mit Ihrer Zustimmung, paarweise übertragen werden.
- **Blastozysten, die am Tag 5 der Entwicklung eingefroren wurden und von ausgezeichneter Qualität sind, werden einzeln übertragen.** Blastozysten von mittlerer Qualität oder die am Tag 6 eingefroren wurden, können, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen und mit Ihrer Zustimmung, paarweise übertragen werden.

Für Ihren nächsten Versuch, der im Laufe des Monats ..... geplant ist, wird gemäß den oben beschriebenen Richtlinien Folgendes durchgeführt:

- Höchstens 1 Embryo (\*)
- 2 Embryonen, mit Ihrer Zustimmung, wenn 2 Embryonen verfügbar sind (\*)

**Falls dieses unterzeichnete Einverständnis dem Zentrum für Medizinisch unterstützte Prokreation VOR der Übertragung nicht vorliegt, kann kein Embryo aufgetaut werden.**

Ort und Datum: Lüttich, den .....

Unterschriften, vorangestellt von der Bemerkung "Gelesen und genehmigt":

Die angehenden Eltern

Der Arzt

(\*) Die nicht benötigte(n) Angabe(n) durchstreichen