

Name: _____ Geb.datum: _____ ID: _____

Einwilligungserklärung zur Durchführung der Infektionstestung („Virus-Serologie“) und Selbstauskunft zum Infektionsrisiko

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei der Durchführung von Kinderwunschbehandlungen durch künstliche Befruchtung IVF/ICSI und Inseminationen sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Vorgaben der Gewebeverordnung im Rahmen des Transplantationsgesetzes (TPG-GewV) zu beachten.

Wir sind verpflichtet, Sie vor der Keimzellgewinnung oder Kryokonservierung von Eizellen und Spermien auf bestimmte Virus-Infektionen, die in diesen Verordnungen aufgeführt sind, zu untersuchen.

Dies dient auch Ihrer Sicherheit und der Gesundheit Ihres ungeborenen Kindes.

Folgende Untersuchungen sind gesetzlich vorgeschrieben:

Testung auf HIV, Hepatitis B und C (Untersuchungen Anti-HIV1/2, HBsAg, Anti-HCV, Anti-HBc).

Zusätzlich zu diesen Untersuchungen auf HIV, Hepatitis B und C müssen ggfs. weitere Infektionen (z.B. Zika) durch Blutuntersuchungen ausgeschlossen werden. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus Ihren möglichen Angaben in der nachfolgenden Selbstauskunft. Wir bitten Sie daher, diese bereits jetzt gründlich durchzulesen.

Zunächst wird ein **Screening** auf die Infektionen **HIV, Hepatitis B und C** während der diagnostischen Untersuchungen aufgrund Ihres Kinderwunsches durchgeführt, damit ausreichend Zeit bleibt, auffällige Befunde abzuklären oder eine Therapie einzuleiten. **Dies erfolgt im Rahmen der erstmaligen Blutentnahme in unserem Zentrum.**

Die **Wiederholungsuntersuchungen für HIV, Hepatitis B und C** bei laufender Behandlung für die Keimzellgewinnung werden dann in unserem Labor durchgeführt, das eine Zulassung nach § 20 b Arzneimittelgesetz hat (sog. Gewebespendelabor). Die Wiederholungsuntersuchungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen und müssen daher nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Rechnung gestellt werden.

Einverständnis zum erstmaligen Infektionsscreening auf HIV, Hepatitis B und C. Hierfür erhalten gesetzlich Versicherte keine Privatrechnung (bei Männern muss dafür eine Überweisung vorliegen).

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich über die Notwendigkeit der Untersuchung ausreichend informiert wurde, keine weiteren Fragen habe und damit einverstanden bin, mein Blut auf Antikörper gegen HIV 1 / 2/ HCV / Anti-HBc und HBsAg untersuchen zu lassen.

Ich bestätige zudem, dass ich die **Selbstauskunft zur Information erhalten** habe und verstanden habe, dass ich verpflichtet bin, diese bei jeder Keimzellgewinnung ausgefüllt vorzulegen. **Bei Infektionsverdacht mit Malaria, Ebola, Zika oder HTLV 1/2 werde ich mich umgehend bereits jetzt mit meinem Hausarzt zur Abklärung in Verbindung setzen und dem KCM die Befunde der Abklärung vorlegen!**

München, den _____

Unterschrift Patient*in

Einverständnis zur kostenpflichtigen Wiederholungsuntersuchung der Virusserologie vor Keimzellgewinnung. Die nachfolgende Selbstauskunft zum Infektionsrisiko ist ausgefüllt vorzulegen.

Es entstehen folgende Kosten (nach GOÄ):

HIV, GOÄ 4395	20,11 €	HBsAg, GOÄ 4643	16,76 €
Anti-HBc, GOÄ 4393	20,11 €	HCV, GOÄ 4406	26,81 €
Blutabnahme, GOÄ 250	2,33 €	Material, GOÄ 3511	3,35 €

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich über die Notwendigkeit der Untersuchung ausreichend informiert wurde, keine weiteren Fragen habe und damit einverstanden bin, mein Blut auf Antikörper gegen HIV 1 / 2/ HCV / Anti HBc und HBsAg untersuchen zu lassen. Die Kosten werde ich selbst tragen.

München, den _____

Unterschrift Patient*in

Erstellt von: Dr. Gaßner	Geprüft durch: J. Krüsmann	Dr. Gaßner
Datum: 05_2023	Datum: 05_2023	Datum: 05_2023

Name: _____ Geb.datum: _____ ID: _____

Selbstauskunft zur Bestimmung des Infektionsrisikos bei Keimzellgewinnung

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen diesen Fragebogen zur Selbstauskunft mehrfach vorlegen. Sie erhalten die Fragen bereits im Vorfeld im Rahmen Ihrer diagnostischen Untersuchungen aufgrund Ihres Kinderwunsches. **Dies dient zu Ihrer Information, damit Sie entsprechende Vorkehrungen zu Auslandsaufenthalten treffen und/ oder notwendige Untersuchungen beim Hausarzt veranlassen können.**

Eine erneute Vorlage erfolgt in allen Behandlungen, in denen eine frische Keimzellgewinnung durchgeführt wird (also IUI, IVF, ICSI oder Kryokonservierung von Eizellen und Spermien).

Wenn Sie uns erst in einer bereits begonnenen Kinderwunschbehandlung über eine mögliche Infektion informieren, muss die Behandlung evtl. abgebrochen werden. Bei Infektionsverdacht müssen bis zur Keimzellgewinnung ggfs. noch zeitintensive und kostenpflichtige Laboruntersuchungen in Speziallaboren durchgeführt werden.

Von Reisen in Endemiegebiete für die nachfolgenden Infektionen raten wir deshalb bei Kinderwunsch von reproduktionsmedizinischer Seite her dringend ab. Erkundigen Sie sich genau über mögliche Infektionskrankheiten im Zielgebiet, wenn Sie urlaubs- oder arbeitsbedingt reisen wollen.

Aktuelle Informationen zum Vorkommen relevanter Infektionen erhalten Sie über: Robert-Koch-Institut (RKI), Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V., ECDC

Zika: z.B. Brasilien, Süd- und Mittelamerika, USA (Florida und Texas), Karibik, Malediven, Südostasien (z.B. Thailand, Vietnam, Philippinen, Malaysia, Singapur), Länder im Südpazifik und Kapverdische Inseln, tropisches Afrika u.a., (längster Virusnachweis 6 Monate in Samenflüssigkeit)

Malaria: z.B. (Sub-) tropisches Afrika, Indonesien, Indien, Südamerika u.a. (Symptome meist innerhalb 6 Monate)

Ebola: z. B. (West-)Afrika, Guinea, Liberia, Sierra Leone, u.a., (Inkubationszeit ca. 21 Tage)

West Nil Fieber (WNV): z.B. Italien (z.B. Venetien), Griechenland, Rumänien, Ungarn, Kroatien, Serbien, Österreich, Spanien, Frankreich, Slowakei, Regionen im Osten Deutschlands, u.a., (Abstand 28 Tage zur Keimzellgewinnung)

HTLV Typ 1/2: z.B. Japan, Karibik, Afrika, USA; Südamerika, Iran, Australien, Neuguinea, Melanesien u.a.; das Virus kann durch Geschlechtsverkehr, Muttermilch, Blutprodukte, i.v.-Drogenabusus übertragen werden.

Selbstauskunft zur Bestimmung des Infektionsrisikos bei Keimzellgewinnung:

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?

nein ja -> bitte weitere Angaben:

1. Land: _____ Datum der Rückkehr: _____

2. Land: _____ Datum der Rückkehr: _____

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Symptome wie Husten, Schnupfen, Fieber >38,5°C, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und/oder hatten Sie Mückenstiche?

nein ja

Könnte der Verdacht auf eine Infektion mit Corona (SARS-CoV), Zika, Ebola, Malaria, West-Nil-Fieber (WNV), HTLV Typ 1/2 oder Zika bestehen?

nein ja

Hatten Sie einen Sexualkontakt in den letzten 6 Monaten mit einer Person, die in Risikogebieten für Zika, Ebola oder HTLV1/2 war?

nein ja

Sind Sie oder Ihre Eltern in einem Endemiegebiet für humanes T-Zell-lymphotropes Virus (HTLV) Typ1/2 geboren?

nein ja, wo? _____

Bestätigung zu Corona: Mir ist bewusst, dass die möglichen Auswirkungen einer SARS-CoV-2- Infektion während der Schwangerschaft immer noch unzureichend bekannt sind. Schwere Krankheitsverläufe sind möglich. **Die STIKO empfiehlt Frauen mit Kinderwunsch ausdrücklich die COVID-Impfung.** Mir ist nach ausreichender Information bewusst, dass ich die Entscheidung zur Kinderwunschbehandlung sowie mögliche Risiken und Konsequenzen selbst trage und insofern die behandelnden Ärzte von jeglicher Haftung freistelle.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben im Rahmen dieser Selbstauskunft und verpflichte mich, das Zentrum zu informieren, sollte ich in ein entsprechendes Land reisen und /oder sollte ein entsprechendes Risiko bestehen. Ich wünsche die Durchführung der Kinderwunschbehandlung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Vorlage bei behandelndem Arzt bei Abweichungen,

empfohlene Laboruntersuchung (ggfs. kostenpflichtig): _____

Freigabe Arzt Datum / Unterschrift:

Erstellt von: Dr. Gaßner	Geprüft durch: J. Krüsmann	Dr. Gaßner
Datum: 05_2023	Datum: 05_2023	Datum: 05_2023