

Behandlungsvereinbarung - Selbstzahler

Sehr geehrtes Patientenpaar!

Frau

Mann/ Partnerin

Wir freuen uns, dass Sie hinsichtlich der Behandlung Ihres unerfüllten Kinderwunsches das Kinderwunschzentrum am Kepler Universitätsklinikum Linz gewählt haben und bedanken uns herzlich für Ihr Vertrauen.

Folgende Kosten entstehen bei Inanspruchnahme einer der angeführten Leistungen:

SELBSTZAHLER :

Beratungsgespräch für reproduktive Maßnahmen	143,00
Insemination	537,00
Donorsamen	806,00
IVF	3.520,00
ICSI	4.081,00
Abbruch vor der Punktion	412,00
Abbruch nach Punktion	2.028,00
Abbruch nach IVF (kein Transfer)	2.494,00
Abbruch nach ICSI (kein Transfer)	3.060,00
Medikamente	variabel
AMH	90,00
Narkose /Sedoanalgesie	300,00
ERA - Test	850,00
Halosperm Assay	448,00
Ionophor	161,00
Theophyllin	138,00
Assist. Hatching	168,00
EmbryoGen/BlastoGen	639,00
Strangbruchfreies ICSI	138,00
Trophektodermbiopsie	258,00
PGS	357,00
DNAA	60,00
Kryokonserv. v. Sperma inkl. 1 Jahr Lagerung (max. 3 Spenden)	281,00
Kryokonserv. v. Sperma Tumor	0,00
Lagergebührverlängerung (Sperma, Eizellen, Embryonen) für 1a	168,00
Einfrieren von Eizellen/Embryonen incl. 1 Jahr Lagerung	534,00
Auftauen von Eizellen/Embryonen, Kultivierung	492,00

Transfer aufgetauter Embryonen	548,00
Abholung Kryo (Samen, Eizellen, Embryonen)	286,00
Leihgebühr Kryobehälter	179,00
Oocytenpooling	776,00
Probetransfer	141,00
Vorbereitung für auswärtige Behandlung	412,00
H2	92,00
Sono-Kontrolle	117,00

Das Paar verpflichtet sich, den für den Eingriff erforderlichen Betrag nach Erhalt der Rechnung zu überweisen.

Bei einem geplanten IVF- oder ICSI-Versuch ist eine Vorauszahlung von € 1.000,- zu leisten.

Gelegentlich wird nach einer geplanten IVF ein zusätzlicher - etwas teurerer - labortechnischer Eingriff nötig (ICSI).

Der behandelnde Arzt hat Ihnen eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung vor der Durchführung einer Stimulationstherapie/medizinisch unterstützten Fortpflanzung empfohlen.

Für eine IVF oder ICSI Behandlung müssen im Rahmen der Vorgaben durch die Gewebeentnahmeeinrichtungsverordnung (GEEVO) 2008, §4 Blutabnahmen zur Bestimmung der Serologie (HIV, Hep B und C, Lues), sowie die Chlamydien Bestimmung aus dem Harn vorgenommen werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

1) dass Sie den Inhalt der Informationsblätter zum ärztlichen Aufklärungsgespräch verstanden haben und alle Fragen beantwortet wurden.

- *Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass während der Dauer der Stimulation bis zum Embryotransfer kein ungeschützter Geschlechtsverkehr stattfinden darf, um ungewollte Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden.*

2) dass Sie über die entsprechenden Kosten aufgeklärt wurden.

3) dass Sie die psychologische oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung

- annehmen ablehnen.

4) dass Sie mit oben stehenden Vorgehen an unserer Klinik einverstanden sind.

5) Gemäß § 8 Abs. 1 Fortpflanzungsmedizin-Gesetz darf bei Ehegatten eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur mit deren schriftlicher Zustimmung durchgeführt werden; bei Lebensgefährten muss die Zustimmung in Form eines Notariatsakts erteilt werden.

6) Wir garantieren, dass die angeführten Kosten bis 3 Monate nach Unterzeichnung der Behandlungsvereinbarung Gültigkeit haben. Bitte beachten Sie, dass bei einem späteren Behandlungsbeginn diese infolge von Indexanpassungen höher sein können.

Die schriftliche und mündliche Aufklärung haben wir zur Kenntnis genommen.

Wir stimmen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu.

Linz, am

Datum / Unterschrift der Patientin

Linz, am.....

Datum/Unterschrift des Ehegatten/Lebensgefährtn