

## **Bestätigung über Beratungsgespräch - Künstliche Befruchtung nach §27 a -**

Hiermit bestätige ich, daß ich das Paar,

Frau \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

und Herrn \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung umfassend unterrichtet habe.

Ich habe mit dem Paar die Verwirklichung des Wunsches nach einem eigenen Kind mit Methoden der künstlichen Befruchtung eingehend erörtert und auch Alternativen zum eigenen Kind, wie z.B. eine Adoption oder die Übernahme einer Pflegschaft aufgezeigt.

Die mit der Behandlung verbundenen seelischen und körperlichen Belastungen sind von mir ausführlich dargestellt worden.

Die Unterrichtung bezog sich auch auf die mit einer künstlichen Befruchtung verbundenen Gefahren gesundheitlicher Risiken (z.B. Eierstockzysten, operationsbedingte Komplikationen, Risikoschwangerschaften einschließlich höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des überweisenden Frauenarztes

(Arztstempel)