



Frau

Herr

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

Hiermit bestätige ich, dass ich das oben genannte Ehepaar über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung umfassend unterrichtet habe.

Ich habe mit dem Ehepaar 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)

Bitte Termin zum gemeinsamen Beratungsgespräch frühzeitig mit Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt vereinbaren.



Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie  
und Reproduktionsmedizin  
Laboruntersuchungen

Endometriosezentrum (Stufe 1)

Kinderwunschzentrum  
Prof. Dr. Dieterle, Dr. Neuer, Prof. Dr. Greb  
MVZ Ärzte Partnerschaft \*,  
Sitz Dortmund, Amtsgericht Essen,  
PR 2439

Olpe 19  
44135 Dortmund  
Telefon 0231 5575450  
Telefax 0231 55754599  
info@kinderwunschzentrum.org  
www.kinderwunschzentrum.org