

Zuweiser-Bescheinigung für FertiProtect-Beratung nach KryoRL

**Zur Vorlage bei der Kinderwunschambulanz der Klinik für Frauenheilkunde des
Universitätsklinikums Freiburg zwecks Beratung über fertilitätsprotektive Maßnahmen**

Bestätigung nach § 3 und § 4 der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) für folgende Patientin/Patient:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

1. Hiermit wird bestätigt, dass bei meiner/meinem oben genannten Patientin/Patienten bezüglich der unten genannten Erkrankung Behandlungen geplant sind, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, keimzellschädigend sein können.
2. Die Patientin / der Patient wurde bereits unter Berücksichtigung der individuellen Prognose über die mit der Behandlung der Grunderkrankung verbundenen Risiken für eine Keimzellschädigung beraten und eine Erstinformation über die Möglichkeit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung erteilt.
Im Rahmen dieser Beratung erfolgte die Indikationsstellung zu einer reproduktionsmedizinischen und soweit erforderlich andrologischen Beratung zur Kryokonservierung sowie der dazu gehörigen medizinischen Maßnahmen.

Hiermit werden folgende nach § 4 Punkt 1 erforderlichen Angaben bescheinigt:

- a. Grunderkrankung für die eine nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse potentiell keimzellschädigende Therapie geplant ist:

- b. Etwaige vorangegangene Therapie der Grunderkrankung:

- c. Geplante keimzellschädigende Therapie:

- d. Bekannte Komorbiditäten:

- e. Ein hormonabhängiger Tumor (bei weiblichen Versicherten):

liegt vor liegt nicht vor

- f. Im Rahmen meiner Beratung erfolgte die Indikationsstellung zu einer reproduktionsmedizinischen und soweit erforderlich andrologischen Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung sowie der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen.

- g. Für die fertilitätsprotektiven Maßnahmen steht folgendes Zeitfenster zur Verfügung (spätester vertretbarer Zeitpunkt des Beginns der keimzellschädigenden weiteren Therapie):

Bis zum _____

Ort

Datum

ärztliche Unterschrift und Stempel

Kontaktmöglichkeit für Rückfragen: _____

**Eine Beratung ist nur möglich, wenn dieses Schreiben vollständig ausgefüllt beim vereinbarten Beratungstermin vorliegt!
Vielen Dank für Ihr Verständnis.**