

Betreff: Vernichtung von kryokonservierten Zellen aus der gemeinsamen Kinderwunschbehandlung

Frau

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Mann

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Aktuelle Adresse:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Wir wünschen **gezielt das Auftauen und Verwerfen folgender Zellen**, die für unsere Kinderwunschbehandlung bei Praxis Dr. Krieg eingelagert wurden:

Bitte ankreuzen:

- befruchtete Zellen aus der IVF/ICSI-Behandlung (*Unterschrift Frau+Mann*)
- unbefruchtete Eizellen (*Unterschrift Frau*)
- Spermazellen des Mannes (*Unterschrift Mann*)
- TESE-Gewebe des Mannes (Hodengewebeproben) (*Unterschrift Mann*)
- Samenproben aus Samenspende (*Unterschrift Frau + Mann*)

_____, den _____

Unterschrift Frau

Unterschrift Mann

Erstellt von: Wawra	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Kopp
Datum: 13.07.2015	Datum: 01.10.15	Datum: 01.10.15