

7. Dokumentenverzeichnis

Datei: M:\Kinderwunschzentrum QM Handbuch\7 Dokumentenverzeichnis\7.7 interne
Formulare\Mappen IVF_ICSI\Kündigung kryokonservierter Zellen.doc



Kinderwunschzentrum



Dr. med. Jürgen Krieg

Emailfabrikstr. 15
92224 Amberg

Tel: 09621 769370
Fax: 09621 9601612
e-mail: info@dr-krieg.de

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*)
- Samenzellen des Mannes (*Unterschrift Mann*)
- TESE-Gewebe des Mannes (Hodengewebeprobe) (*Unterschrift Mann*)
- Samenproben aus Samenspende (*Unterschrift Frau + Mann*)

_____, den _____

Unterschrift Frau

Unterschrift Mann

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Kopp
Datum: 29.05.2012	Datum: 21.08.18	Datum: 20.08.18