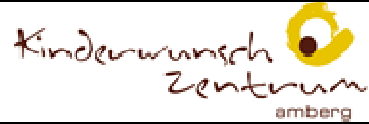
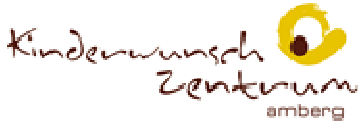


Interne Formulare

Datei:M:\Interne Formulare\Kiwu\Mappen IVF_ICSI\Kündigung kryokonservierter Zellen
Version 1.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 (Hodengewebeproben) (*Unterschrift Mann*)
- Samenproben aus Samenspende (*Unterschrift Frau + Mann*)

_____, den _____

Unterschrift Frau

Unterschrift Mann

MVZ Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg),
Hauptsitz: Mariahilfbergweg 7, 92224 Amberg

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Schlamberger	Version 1
Datum: 29.05.12	Datum: 04.07.19	Datum: 04.07.19	