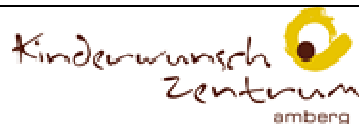
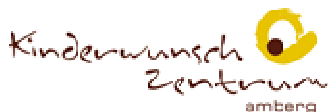


Interne Formulare

Datei:Q:\Interne Formulare\Kiwu\Mappen IVF_ICSI\Kündigung kryokonservierter Zellen
Version 4.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

Patientin

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Geburtsname _____

Partner / -in

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Geburtsname _____

Aktuelle Adresse:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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

Bitte ankreuzen:

- befruchtete Zellen aus der IVF/ICSI-Behandlung (*Unterschrift Patientin und Partner /-in*)
- unbefruchtete Eizellen (*Unterschrift Patientin*)
- Spermien des Mannes (*Unterschrift Mann / Partner*)
- TESE-Gewebe des Mannes (Hodengewebeproben) (*Unterschrift Mann / Partner*)
- Samenproben aus Samenspende (*Unterschrift Patientin und Partner /-in*)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner / -in

MVZ Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg),
Hauptsitz: Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 4
Datum: 29.05.12	Datum: 15.02.23	Datum: 15.02.23	