

Kinderwunschpraxis München Nord
Dr. med. Simon Mittenzwei
Dr. med. Judith Rattenhuber
Schleißheimer Str. 91

85748 Garching b. München

VERNICHTUNGSERKLÄRUNG

	Art des zu vernichtenden Keimmaterials
<input type="checkbox"/>	Eizellen im Vorkernstadium (Pronucleus-Zellen)
<input type="checkbox"/>	Blastozysten
<input type="checkbox"/>	Unbefruchtete Eizellen
<input type="checkbox"/>	Spermien
<input type="checkbox"/>	Hodengewebe
<input type="checkbox"/>	Spendersamen

Frau _____ geb. _____

Herr _____ geb. _____

Anschrift: _____

Hiermit erklären wir unwiderruflich, dass wir mit der Vernichtung unseres bisher in der Kinderwunschpraxis München Nord gelagerten Keimmaterials einverstanden sind. Es soll ohne Wertersatz der Vernichtung zugeführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient