

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"/>	Befruchtete Eizellen (= 2PN-Zellen)
<input type="checkbox"/>	Blastozysten
<input type="checkbox"/>	Unbefruchtete Eizellen
<input type="checkbox"/>	Spermien
<input type="checkbox"/>	Hodengewebe
<input type="checkbox"/>	Spendersamen

Patientin: _____ , geb. _____

Partner/Partnerin: _____ , geb. _____

Wohnhaft: _____

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 Partner/Partnerin