

Kryo Nürnberg GmbH
Agnesgasse 2-6
90403 Nürnberg

Vernichtung Kryomaterial

Patient/in: _____ Geb.Datum: _____

Partner/in: _____ Geb.Datum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Der Auftrag zum Auftauen und Verwerfen von befruchteten **Eizellen (PN-Zellen)** und **Embryonen** (z.B. Blastozysten), die aus einer gemeinsamen IVF/ICSI-Behandlung entstanden sind, wird durch eine Unterschrift des (Ehe)-Partners erteilt. Das gilt auch für **Spenderspermien**, die für eine gemeinsame Behandlung (z. B. Insemination/ IVF-/ICSI-Behandlung) eingelagert wurden.

Unbefruchtete Eizellen werden nur dann aufgetaut und verworfen, wenn die Frau durch ihre Unterschrift das Einverständnis dazu erteilt.

Sperma und TESE-Gewebe werden nur dann aufgetaut und verworfen, wenn der Mann durch seine Unterschrift das Einverständnis dazu erteilt.



Hiermit beauftragen wir die Kryo Nürnberg GmbH alle eingelagerte Proben aufzutauen und zu vernichten.

Oder

Hiermit beauftragen wir die Kryo Nürnberg GmbH folgende Proben zu vernichten:

- Befruchtete Zellen (z.B. PN-Zellen o. Embryonen) aus einer IVF/ICSI Behandlung
- Unbefruchtete Eizellen der Frau
- Sperma des Mannes
- TESE-Gewebe des Mannes
- Spendersperma

Ort und Datum _____

Patient/in

Partner/in

Kryo Nürnberg GmbH: Geschäftsführer: Dr. med. J. Neuwinger, Prof. Dr. med. P. Licht
Sitz der Gesellschaft: Nürnberg; Registergericht: Nürnberg, HRB 27562
Umsatzsteuernummer: 238/170/06906

Hinweis

Es besteht die Möglichkeit, statt einer Vernichtung, die **Embryonen** über das „Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V.“ Kinderwunschaaren zu spenden. Das gilt nicht für befruchtete Eizellen (PN-Zellen). Informationen finden Sie unter: www.netzwerk-embryonenspende.de. Wir beraten Sie gerne im Rahmen eines persönlichen Gesprächs über diese Möglichkeit. Bitte vereinbaren Sie hierzu einen Termin zum Beratungsgespräch in unserer Praxis.

Auf die Möglichkeit der Embryonenspende wurden wir hingewiesen.

Wir möchten einen Termin zu einem Beratungsgespräch vereinbaren.

Wir möchten nicht spenden.

Ort und Datum _____

Patient/in

Partner/in

Bitte drucken und füllen Sie das Formular aus und senden uns das Original (kein Scan, kein Fax) per Post zu!