

 <b>Kinderwunschzentrum- Ludwigshafen</b> Praxis für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie	Dokumenten-Nr.	AND-FB-12	Seite 1 von 1
	Versions-Nr.	02 / 05.01.2017	
<b>Verzichtserklärung nach Kryokonservierung: Spermien/ TESE-Proben (Hodengewebe)/ Fremdsperma (Donorsperma)/ befruchtete Eizellen (PN-Zellen) (online-Version)</b>			

**Patient/-in:**

**Partner:**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum  
*(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben)*

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum  
*(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben)*

Pat. ID: \_\_\_\_\_  
*(wird von Labormitarbeiter/-in ausgefüllt)*

Pat. ID: \_\_\_\_\_  
*(wird von Labormitarbeiter/-in ausgefüllt)*

Hiermit verzichte ich/verzichten wir auf die weitere Kryokonservierung des im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen gelagerten Gewebes **(Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Ich verzichte auf die weitere Lagerung meiner Spermien **(Unterschrift Patient)**
- Ich verzichte auf die Lagerung meiner TESE-Proben (Hodengewebe) **(Unterschrift Patient)**
- Wir verzichten auf die weitere Lagerung des von uns erworbenen Fremdspermas (Donor-Spermien) **(Unterschrift Patientin und Partner)**
- Wir verzichten auf die weitere Lagerung unserer befruchteten Eizellen (PN-Zellen) **(Unterschrift Patientin und Partner)**

Ich bin mir/wir sind uns insbesondere darüber bewusst, dass die Verwerfung der Proben ein unwiderruflicher Vorgang ist.

**Nach der Vernichtung des Keimmaterials erhalten Sie von uns eine Bestätigung. Sollten Sie binnen 4 Wochen nach Versendung der Verzichtserklärung nichts von uns gehört haben, melden Sie sich bitte telefonisch unter 0621/59298693 oder per Mail an ivf@kinderwunsch-lu.de.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/-in:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Partner :** \_\_\_\_\_

Unterschrift geprüft: \_\_\_\_\_  
**(Labormitarbeiter/-in)**

Erstellt:	Dr. C. Schmidt, Ärztin	Geprüft:	Dr. Nicole Hirschmann, LL	Freigegeben:	Dr. C. Schmidt, Ärztin
Datum:	05.01.2018	Datum:	05.01.2018	Datum:	05.01.2018