

**An die
Kryobank Erlangen
Nürnberger Str. 35
91052 Erlangen**

**Betreff: Vernichtung von kryokonservierten Zellen aus der gemeinsamen
Kinderwunschbehandlung**

Frau

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Partner/Partnerin

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Aktuelle Adresse: _____
(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Die vorliegende Erklärung wird mit einer Unterschrift des (Ehe-)Partners gültig, der das Auftauen und Verwerfen von befruchteten Zellen aus der gemeinsamen IVF/ICSI-Behandlung oder von Spendersamenproben aus der gemeinsamen Behandlung wünscht.

Unbefruchtete Eizellen, homologe Samenzellen und TESE-Gewebeproben werden nur aufgetaut und verworfen, wenn die/der biologische Eigentümer/in mit ihrer/seiner Unterschrift das Einverständnis hierzu gegeben hat.

Hiermit beauftragen wir die Kryobank Erlangen, **ALLE Zellen**, die für unsere Kinderwunschbehandlung bei der Kryobank Erlangen eingelagert wurden, vollständig aufzutauen und zu verwerfen

ODER

Wir wünschen **gezielt nur das Auftauen und Verwerfen folgender Zellen**, die für unsere Kinderwunschbehandlung bei der Kryobank Erlangen eingelagert wurden

- befruchtete Zellen aus der IVF/ICSI-Behandlung
- unbefruchtete Eizellen
- Samenzellen des Mannes
- TESE-Gewebe des Mannes (Hodengewebeproben)
- Samenproben aus Samenspende
- Embryonen, die nach PID nicht zum Transfer verwendet werden sollen

_____, den _____

Unterschrift Frau

Unterschrift Partner/Partnerin