

**Patientenauftrag zur Entsorgung
von eingelagerten kryokonservierten befruchteten Eizellen (Vorkernstadien) oder
Embryonen**

Bitte ausfüllen!

Partnerin:
Name
Vorname
Geburtsdatum
Aktuelle Adresse

Bitte ausfüllen!

Partner:
Name
Vorname
Geburtsdatum
Aktuelle Adresse

Nach der Maßnahme der künstlichen Befruchtung wurden, wie vertraglich dokumentiert, mit unserem Einverständnis befruchtete Eizellen im Vorkernstadium (Tag 1) bzw. notfallmäßig Embryonen an (Tag 2, 3, 4, oder 5) eingefroren.
(Unzutreffendes bitte streichen)

Wir haben uns nunmehr **gegen eine weitere Lagerung** dieser befruchteten Eizellen oder Embryonen entschieden und wünschen die unverzügliche **Entsorgung** derselben. Die Unumkehrbarkeit dieser Maßnahme ist uns bekannt.
(Unzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschriften:

Patientin

Patient

(Nicht von den Antragstellern auszufüllen)

Bisher nicht zurückübertragene befruchtete Eizellen oder Embryonen aus der Maßnahme der Künstlichen Befruchtung vom
____ / ____ / 20 ____.

Datum der Kryokonservierung:

Datum der Einlagerung:

Anzahl der verbleibenden befruchteten Eizellen im Vorkernstadium oder Embryonen:

Lagerort:

Datum der Entsorgung:

Durchführende Mitarbeiter: