

**An die IVF-Gesellschaft zur Förderung der Reproduktionsmedizin mbH  
Nägelsbachstrasse 12  
91052 Erlangen**

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

**Frau**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

**Mann**

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 werden nur aufgetaut und verworfen, wenn die Frau mit ihrer Unterschrift das Einverständnis hierzu gegeben hat. Samenzellen und TESE-Gewebeproben des Mannes werden nur aufgetaut und verworfen, wenn der Mann mit seiner Unterschrift das Einverständnis hierzu gegeben hat.

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

**ODER**

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

- befruchtete Zellen aus der IVF/ICSI-Behandlung
- unbefruchtete Eizellen
- Samenzellen des Mannes
- TESE-Gewebe des Mannes (Hodengewebeproben)
- Samenproben aus Samenspende

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frau

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mann