

Kündigung der Kryolagerung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich / kündigen wir den Vertrag meiner / unserer Kryolagerung. Bitte bestätigen Sie mir / uns den Erhalt dieses Schreibens und die Beendigung der Lagerung schriftlich und informieren Sie mich / uns über die weiteren Schritte.

Persönliche Daten	Persönliche Daten (Partner/-in, falls zutreffend)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Strasse:	Strasse:
Wohnort:	Wohnort:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:

Kündigungsdatum:

Kryolagerung(en), die gekündigt werden soll(en):

(Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an.)

Embryonen und/oder befruchtete Eizellen

Alle Embryonen und / oder befruchtete Eizellen *(inklusive eventuell genetisch unauffällig getestete Embryonen)*

Nur die nach genetischer Testung auffällige / betroffene Embryonen

Genauere Beschreibung:

(gemäss Genetikbericht, falls vorliegend)

Eizellen (Oozyten)

Ovarialgewebe

Spermien

TESE (Direkt aus dem Hoden entnommene Spermien)

Bei befruchteten Eizellen und / oder Embryonen ist zwingend die Unterschrift beider Partner erforderlich.

Unterschriften:

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir die Kündigung der oben genannten Kryolagerung.

Patientin/Patient:

Patientin/Patient:

Ort:

Ort:

Datum:

Datum:

Falls eine Namensänderung erfolgt ist, bitten wir Sie, das Kündigungsschreiben entweder mit beiden Namen zu unterschreiben oder eine Kopie sowohl des aktuellen als auch des früheren Ausweisdokuments beizulegen.

Bitte senden Sie das Kündigungsformular an andrologie.labor@usz.ch