

Antwortschreiben:

Kinderwunschpraxis Dres. Göhring
Hagellocher Weg 63

72070 Tübingen

Kündigung der Lagerung unserer kryokonservierten
Embryonen / Blastozysten
und Vernichtungserklärung

Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum

Herrn

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft

Strasse, PLZ, Ort

Wir kündigen die Lagerung unseres und erklären hiermit, dass wir die Vernichtung unserer gelagerten Embryonen wünschen.

Datum

Unterschrift, Patientin

Datum

Unterschrift, Patient

➔ **WICHTIG:** Ohne **Unterschriften (Frau und Mann)** und Datum ist die Kündigung ungültig !