

Kinderwunschpraxis
Dres. med. Inés und Ulrich Göhring
Hagellocher Weg 63

72070 Tübingen

Herkunftsbestätigung der Spermaprobe

!!! ACHTUNG !!! Eine Behandlung ohne unterschriebenes Formular ist nicht möglich.

Die übergebene, extern gewonnene Spermaprobe vom _____ (Datum) um ____ (Uhrzeit) ist von:

Nachname , Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Strasse

Letzter Samenerguss vor: _____ Tagen

Die Probe wurde vollständig in den Becher gegeben: ja nein

Ich wünsche die geplante Kinderwunschbehandlung und die Samenübertragung

auf meine Frau/Partnerin _____

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Ich erkläre die Vaterschaft, des so gezeugten Kindes anzunehmen. Und ich verpflichte mich, das aus dieser Kinderwunschbehandlung hervorgehende Kind unterhalts- und erbrechtlich zu versorgen.

X

Datum

X

Unterschrift Mann

Die gewonnenen Spermien sind bestimmt für die Kinderwunschpraxis Dres. Göhring, Hagellocher Weg 63 in 72070 Tübingen und zur Verwendung für Maßnahmen im Rahmen der medizinischen unterstützten Befruchtung (Aufbereitung, Be- oder Verarbeitung, Konservierung oder Aufbewahrung im Sinne des § 8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des Transplantationsgesetzes) freigegeben.

Freigabe-Datum

IVF-Labor