

**Antwortschreiben:**

Kinderwunschpraxis Dres. Göhring  
Hagellocher Weg 63

72070 Tübingen

Kündigung der Lagerung meines kryokonservierten  
**Hodengewebes (TESE)**  
und Vernichtungserklärung

Patient \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort

Ich kündige die Lagerung meines gelagerten Keimmaterials und erkläre hiermit, dass ich die Vernichtung meines gelagerten Hodengewebes (TESE) wünsche.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift

**➔ WICHTIG: Ohne Unterschrift und Datum ist die Kündigung ungültig !**