

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