

**Antwortschreiben:**

Kinderwunschpraxis Dres. Göhring  
Hagellocher Weg 63

72070 Tübingen

Kündigung der Lagerung meiner kryokonservierten  
**Eizellen**  
und Vernichtungserklärung

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

wohnhafte \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort

Ich kündige die Lagerung meines Keimmaterials mit sofortiger Wirkung.

Und ich erkläre unwiderruflich, dass ich die Vernichtung meiner gelagerten Eizellen wünsche. Sie sollen ohne Wertersatz der Vernichtung zugeführt werden.

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

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