



Kinderwunschpraxis Dres. Göhring!

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

Tel. 07071-94 663-0
Fax. 07071-94 663-99
info@kinderwunschpraxis.com

72070 Tübingen

Herkunftsbestätigung der Spermaprobe

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

Die übergebene, extern gewonnene Spermaprobe ist von:

Nachname , Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Strasse

Letzter Samenerguss vor: _____ Tagen

Ich wünsche die geplante Kinderwunschbehandlung und wünsche 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.

×

Datum

×

Unterschrift Mann

Diese Proben sind zur Verwendung für Maßnahmen im Rahmen der medizinischen unterstützten Befruchtung (Aufbereitung, Be- oder Verarbeitung, Konservierung oder Aufbewahrung im Sinne der §8 Abs.1 Satz 2 Nr.4 des Transplantationsgesetzes) freigegeben.

Freigabe-Datum

IVF-Labor