

Genehmigung zum Auftauen gefrorener Eizellen und Embryonen

Ich/wir, die Unterzeichnende(n) erlaube(n) hiermit der Fertilitätsklinik IVF-SYD meiner/unsere(r) gefrorenen Eizellen oder Embryonen aufzutauen. Die Fertilitätsklinik IVF-SYD darf nach dem dänischen Gesetz die gefrorenen Embryonen nicht ohne Genehmigung auftauen.

Datum

Geburtsdatum der Frau

Geburtsdatum des eventuellen Partners

Name der Frau

Name des eventuellen Partners

Unterschrift der Frau

Unterschrift des eventuellen Partners