

## 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