

Genehmigung zur Vernichtung gefrorener Eizellen und Embryonen

Ich/wir, die Unterzeichnende(n) erlaube(n) hiermit der Fertilitätsklinik IVF-SYD, meiner/unsere(r) gefrorenen Eizellen oder Embryonen zu vernichten.

Datum

Geburtsdatum der Frau

Geburtsdatum des eventuellen Partners

Name der Frau

Name des eventuellen Partners

Unterschrift der Frau

Unterschrift des eventuellen Partners