



# Kinderwunschzentrum Münster

Kinderwunschzentrum Münster  
Hötteweg 5-7

48143 Münster

Wenn Sie Ihre Kryo-Lagerung beenden wollen, nutzen Sie bitte dieses Formular zur Kündigung.

Absender:

**Patientin**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Patient:in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betreff: **Kündigung des Kryo-Lagerungsvertrages und Beauftragung zur Vernichtung des eingelagerten Gewebes**

Bitte kreuzen Sie pro Kündigungs-Vorgang nur einen Gewebetyp an – vielen Dank!  
Sollten Sie unsicher sein, welcher Gewebetyp bei Ihnen eingelagert wurde, kontaktieren Sie uns bitte vorab: **Telefon 0251 482670, E-Mail info@ivf-muenster.de**

- Befruchtete Eizellen (Kündigung nur durch **Patientin und Patient:in** möglich; Ausnahme Single-Frauen)
- Unbefruchtete Eizellen (Kündigung nur durch **Patientin** möglich)
- Embryonen (durch **Patientin und Patient:in** möglich; Ausnahme Single-Frauen)
- Eigene Spermien (Kündigung nur durch **Patient** möglich)
- Fremdspermien (Kündigung nur durch **Patientin und Patient:in** möglich; Ausnahme Single-Frauen)
- Hodengewebe (Kündigung nur durch **Patient** möglich)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich/kündigen wir (nicht Zutreffendes bitte streichen) die Kryo-Lagerung unseres gesamten Gewebes vom oben angekreuzten Gewebetyp:

zum Ende der Lagerungsperiode. Ich/ Wir (nicht Zutreffendes bitte streichen) erklären unwiderruflich, dass wir die Vernichtung unserer gelagerten Zellen wünschen. Sie sollen ohne Wertersatz der Vernichtung zugeführt werden.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in