

**Universitätsklinikum Münster**

Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie

**Abteilung für Klinische und Operative  
Andrologie**

**Prof. Dr. med. Sabine Kliesch**  
Chefärztin

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D11  
Anfahrtsadresse: Domagkstr. 11  
48149 Münster  
www.ukm-lageplan.de

T +49 251 83-56095  
F +49 251 83-56093  
Servicezentrale: T +49 251 83-55555

info-andrologie@ukmuenster.de  
www.ukm.de



World Health Organization

WHO Kollaborations-  
zentrum für Forschung in  
männlicher Reproduktion



Ausbildungszentrum  
der Europäischen  
Akademie für Andrologie

**Einverständniserklärung zur Beendigung der Kryokonservierung**

Frau \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

Ich/wir möchten, dass folgendes Kryokonservierungsgut vernichtet wird:

(Bitte entsprechend ankreuzen und ggf. Anzahl einfügen, bei Proben vom Mann nur Unterschrift Mann notwendig, bei Proben der Frau nur Unterschrift der Frau notwendig, bei Vorkernstadien oder Embryonen Unterschrift BEIDER Partner notwendig.)

- |  |         |   |         |
|--|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Kryo-Spermien   | (_____) | <input type="checkbox"/> unbefruchtete Eizellen | (_____) |
| <input type="checkbox"/> TESE-Proben     | (_____) | <input type="checkbox"/> Vorkernstadien         | (_____) |
| <input type="checkbox"/> MESA-Proben     | (_____) | <input type="checkbox"/> Embryonen              | (_____) |
| <input type="checkbox"/> weitere Proben: | _____   |   |         |

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Frau \_\_\_\_\_

Unterschrift Herr \_\_\_\_\_