

## Einverständniserklärung zum Embryotransfer nach Kryokonservierung

Name, Vorname (Frau): \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Mann): \_\_\_\_\_

Nach Auftauen und erfolgreicher Weiterkultivierung wünschen wir die Übertragung von

\_\_\_\_\_ (Anzahl) Embryonen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Frau)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Mann)

Bitte schicken Sie diese Einverständniserklärung von **BEIDEN** Partnern unterschrieben umgehend an uns zurück. Herzlichen Dank.

*Ihr Kinderwunschteam des Bielefeld Fertility Centers*