

Verklaring betreffende het ingevroren zaad van:

De heer:

Adres

Postcode, Woonplaats

Geboren:

Patiëntnummer:

BSN nummer:

Telefoonnummer: vast: mobiel:

Ondergetekende wenst vernietiging van het zaad

Ondergetekende wenst dat het zaad bewaard blijft en zal het azM **elk jaar schriftelijk** over verdere bewaring berichten.

Graag ontvangen wij uw informatie ten aanzien van zwangerschappen ontstaan **ná de behandeling:**

(nog) geen zwangerschapswens

geen zwangerschappen

wel zwangerschappen:

* met behulp van cryozaad ja

nee

* aantal kinderen en geboortejaren:

Opmerkingen:

Datum vandaag:

Handtekening:

Document opsturen naar:

M. Janssen, IVF-laboratorium, Academisch ziekenhuis Maastricht, Postbus 5800, 6202
AZ Maastricht