

Bestellformular für Spendersamen

Diese PDF-Datei ist interaktiv. Sie können die Angaben direkt in das Formular eintragen. Tragen Sie bitte Ihre persönlichen Angaben und die gewünschten Spenderkriterien für die Bestellung ein. Die rot umrandeten Felder sind Pflichtfelder.
Bestellungen sind per Fax oder Email möglich: Fax: +49 29429 45 - Email: bestellung@cryostore.de

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname	
PLZ, Ort	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Fax	
Emailadresse	
Geburtsdatum	
Nationalität	
Blutgruppe, Rhesusfaktor *	
Partner	männlich weiblich alleinstehend
Blutgruppe Partner, wenn männlich**	

Adresse Ihres Behandlungszentrums (Praxis)	
--	--

Gewünschte Eigenschaften des Spenders

Augenfarbe	
Haarfarbe	
Größe	
Ethnie (Europäer, Orientale, Asiate, Afrikaner)	

Anzahl Portionen (Straws) <small>Wir empfehlen, die Anzahl Straws für die Behandlung gemeinsam mit Ihrem Arzt abzustimmen (siehe auch https://www.cryostore.de/)</small>	Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) Mit der Versendung des Bestellformulars an Cryostore erkläre ich mich mit den AGB einverstanden. <u>AGB runterladen!</u>
--	--

Bemerkungen

*Die Angabe der Blutgruppe und des Rhesusfaktors dient ausschließlich zur Vorbeugung einer Rhesus-Inkompatibilität, die schwere Komplikationen während der Schwangerschaft und für das ungeborene Kind verursachen kann. So sollte zum Beispiel bei einer Patientin, die RH- ist, der Spender nicht RH+ sein.

**Bei heterosexuellen Paaren kann eine Angleichung (matching) auch über die Blutgruppe des Partners erfolgen. Bitte tragen Sie dann die Blutgruppe des Partners in den Bemerkungen ein.

Geschäftsführer: Dipl.-Biol. Franz B. Kolodziej
 Steuernummer: 110/5721/0835
 Registergericht Essen: HRB Nr. 16921

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Essen
 IBAN: DE98300606010005669499 BIC: DAAEDEDXXX
 Finanzamt Essen Ust-ID.: DE 226623944