

## STAMMDATENBLATT

### KRYOKONSERVIERUNG

Bitte vollständig ausfüllen!

**Mann**

**Titel** .....

**Vorname** .....

**Familiename** .....

**Geburtsdatum** .....

**Sozialversicherungs-Nr.** .....

**Versicherung** .....

**Staatsbürgerschaft** .....

**Geburtsort** .....

**Adresse** .....

**PLZ und Wohnort** .....

Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer bekannt, unter der wir Sie am besten erreichen können:

**Telefon tagsüber** .....

**Telefon abends** .....

**E-Mail - Adresse** .....

**Facharzt (Uro)** .....

(Name + PLZ)

**Praktischer Arzt** .....

(Name + PLZ)

**Beruf** .....



### Grund der Kryokonservierung:

.....

.....

### Datenschutzerklärung & Unterschrift

Dieses Dokument ist nur **in Verbindung mit der unterschriebenen Einverständniserklärung** zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gültig. Ohne die unterschriebene Einverständniserklärung ist die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten nicht möglich.

.....

**Datum**

.....

**Unterschrift**  
(handschriftlich)