

**Mitteilung der zuständigen Behörde über die Zulassung,  
deren Verlängerung oder Rücknahme oder Widerruf der Zulassung  
von Zentren für Präimplantationsdiagnostik (§ 3 Abs. 6 PIDV)**

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Mitteilungsbogen an: [esubmission@pei.de](mailto:esubmission@pei.de)**

In Ausnahmefällen postalisch: Paul-Ehrlich-Institut  
Zentralstelle für Präimplantationsdiagnostik  
Fachgebiet 6/4  
Postfach, 63207 Langen

Bei Rückfragen:  
Tel.: 06103 - 77-4410  
E-Mail: [zpid@pei.de](mailto:zpid@pei.de)

**Zuständige Behörde**

Zuständige Behörde: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Zentrum für Präimplantationsdiagnostik**

**Kontaktdaten der humangenetischen Einrichtung**

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Name des Zentrums für PID: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Leiter des Zentrums: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten der reproduktionsmedizinischen Einrichtung (Kinderwunschzentrum)**

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Name der reproduktionsmedizinischen Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Leiter der Einrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Zulassungsstatus des PID-Zentrums

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **neu erteilt** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **verlängert** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung endete am (Datum) (es erfolgte kein/e Antrag/ Bewilligung auf Verlängerung): \_\_\_\_\_

Rücknahme der Zulassung am (Datum): \_\_\_\_\_

Widerruf der Zulassung am (Datum): \_\_\_\_\_

### Weitere reproduktionsmedizinische Einrichtung(en) in Kooperation mit o. g. PID-Zentrum

#### Kontaktdaten der reproduktionsmedizinischen Einrichtung (Kinderwunschzentrum)

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Name der reproduktionsmedizinischen Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Leiter der Einrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Zulassungsstatus reproduktionsmedizinischen Einrichtung (Kinderwunschzentrum)

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **neu erteilt** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **verlängert** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung endete am (Datum) (es erfolgte kein/e Antrag/ Bewilligung auf Verlängerung): \_\_\_\_\_

Rücknahme der Zulassung am (Datum): \_\_\_\_\_

Widerruf der Zulassung am (Datum): \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten der reproduktionsmedizinischen Einrichtung (Kinderwunschzentrum)**

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Name der reproduktionsmedizinischen Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Leiter der Einrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Zulassungsstatus reproduktionsmedizinischen Einrichtung (Kinderwunschzentrum)**

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **neu erteilt** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung wurde **verlängert** am (Datum): \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zulassung endete am (Datum) (es erfolgte kein/e Antrag/ Bewilligung auf Verlängerung): \_\_\_\_\_

Widerruf der Zulassung am (Datum): \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**