



Spermogramm – Identifikationsbogen

QuaDeGA Qualitätskontrollender Deutschen Gesellschaft für Andrologie

Sehr geehrter Patient,

bitte bringen Sie diesen Identifikationsbogen zu Ihrem o.g. Termin mit, füllen Sie am Abgabetag die nachfolgenden Angaben aus und geben den Bogen dann zusammen mit der zu untersuchenden Samenprobe wieder am Tresen oder im andrologischen Labor ab.

Bitte beschriften Sie Ihr Probengefäß mit Ihrem kompletten Namen und Geburtsdatum. Hinweise zur optimalen Gewinnung der Samenprobe finden Sie auf der Rückseite.

Vom Mitarbeiter des Universitären Kinderwunschzentrums auszufüllen

Name, Vorname Patient: _____ geb.: _____

Name, Vorname Partnerin: _____ geb.: _____

Ihr Termin für eine Samenuntersuchung ist amum Uhr.

- Samenanalyse (=Standard-Spermogramm) und Befundbrief
 - + Messung der Samenreife („HBA-Test“)
 - + Testung des Erbmaterials in Spermienköpfen („Halo-Test“)
 - Spermogramm auf Wunsch und Befundbrief
 - Therapeutische Samenvorbereitung für Insemination/IVF/ICSI
 - Kryokonservierung (Einfrieren) von Samenzellen
- (Es entstehen zusätzliche Kosten für die Einfrierleistung)

Personalausweis-Nr. (Zur sicheren Identifikation): _____

Uhrzeit der Gewinnung: _____ Uhr Karenzzeit: _____ Tage

Derzeitige Erkrankungen: _____

Medikamenteneinnahme: _____

Wünschen Sie eine schriftliche Befundübermittlung an Ihren überweisenden Arzt? Na-
me des überweisenden Arztes: _____ ja nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Zugehörigkeit der Probe zu Ihrer Person.

Datum

Unterschrift Patient

Überprüft:

Datum/HZ Mitarbeiter UnivKiWu

Nur für den Fall, dass die Partnerin oder eine unterschreibtberechtigte Person die Probe mitbringt: Hiermit bestätige ich die Angaben und die Unterschrift meines Partners/ der obengenannte Person sowie die Zugehörigkeit der Probe zu seiner Person.

Personalausweis-Nr. (Zur sicheren Identifikation): _____

Überprüft:

Datum

Unterschrift Patient

Datum/HZ Mitarbeiter UnivKiWu

Vom Mitarbeiter des Universitären Kinderwunschzentrums auszufüllen

Spermagewinnung: mitgebracht hier _____ Uhr _____ Kürzel

Eintritt von unerwünschten Ereignissen oder Zwischenfällen bei Gewinnung? nein ja
Wenn ja welche Korrekturmaßnahmen wurden eingeleitet?

Die Entnahme des Gewebes erfolgte gemäß § 34 Abs. 7 Satz 2 AMWHV. Das Gewebe ist für die Be- oder Verarbeitung oder Aufbewahrung i.S.d. § 8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 TPG freigegeben.

Datum, PD Dr. med. Sören von Otte Datum, Dr. Junkers, Wiebe Datum, Dr. Günther, Veronika

Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH

Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH

Arnold-Heller-Straße 3, Haus 24 Arnold-Heller-Straße 3, Haus 24 Arnold-Heller-Straße 3, Haus 24

24105 Kiel

24105 Kiel 24105 Kiel

Erstellt: Stefanie Schansker	Geprüft: Ulrike Chwalisz	Freigegeben: Herr PD Dr.v.Otte	Revision: 1 Datum: 16.02.2021	Seite 1 von 1
Datum: 26.10.2018	Datum: 26.10.2018	Datum: 26.10.2018	Datei:FB PVS (E8-46)Spermogramm Identifikationsbogen	