CENTRUM FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE & REPRODUKTIONSMEDIZIN FREIBURG
CERF
PD Dr. Birgit Wetzka · Dr. Veronika Wolk · Dr. Aida Hanjalic-Beck · Dr. Stephanie Friebel · Dr. Stefanie Meyer
FRAUENÄRZTINNEN

Bestätigung der abgegebenen Samenprobe, Bericht zur Spermiengewinnung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, **Versichertenkarte ist da: ☐**

zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, dieses Formular durchzulesen, zu unterschreiben und bei der Übergabe des Samenprobe-Bechers abzugeben.

Patientin ♀

Name: ..... Vorname ..... Geb.Dat.: .....

Patient ♂

Name: ..... Vorname ..... Geb.Dat.: .....

Die Samenprobe wird zu folgendem Zwecke verwandt (bitte deutlich von Ärztin/Arzt anzukreuzen):

- ☐ **Untersuchung (Diagnostik)** **DNA-Fragmentierung** ☐
- ☐ **Tieffrierung von Spermien (Kryokonservierung)**
- ☐ **Samenübertragung in die Gebärmutter (Insemination)**
- ☐ **künstliche Befruchtung (IVF, ICSI =Befruchtung im Reagenzglas)**

Letzter Samenerguss (Karenz) vor: ☐☐ Tagen **Uhrzeit aktueller Samenerguss: ☐☐.☐☐ Uhr**

Haben Sie irgendwelche Infektionskrankheiten? ☐ **HIV** ☐ **Hepatitis**

Hiermit versichere ich, dass die gespendete und abgegebene Samenprobe von mir stammt. Der Probenbecher ist vollständig beschriftet und - versehen mit meinem Namen. -
Falls ich den Becher mit meiner Samenprobe bei Ihnen nicht selbst abgeben kann, gebe ich hiermit meiner Frau/Partnerin den Auftrag, die Probe für mich bei Ihnen abzugeben.

..... **.....**
Datum **Unterschrift:**

Mein Ehemann/Partner hat mich beauftragt, den Becher mit der von ihm gespendeten Samenprobe bei Ihnen abzugeben. Der Probenbecher ist vollständig beschriftet und - versehen mit seinem Namen.

..... **.....**
Datum **Unterschrift:**

Vom Praxis-Team auszufüllen: Abgabe erfolgte: hier ☐ außerhalb ☐

Identität geprüft durch (Mitarbeiterin) _____
Datum Unterschrift

Freigabe: Die entnommenen Samenzellen sind bestimmt für das CERF, Bismarckallee 7f, 79098 Freiburg, und zur Verwendung für Maßnahmen im Rahmen der medizinisch unterstützten Befruchtung (Aufbereitung, Be- oder Verarbeitung, Konservierung oder Aufbewahrung im Sinn des §8d Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des Transplantationsgesetzes) freigegeben.

Infektionsserologie vom _____ geprüft und für alle Parameter negativ ☐
mit auffälligem/n Befund/en ☐

Verantwortliche/er Ärztin/Arzt nach § 20b AMG: _____
Datum Unterschrift

Erneute Infektionsserologie vom _____ geprüft und für alle Parameter negativ ☐
mit auffälligem/n Befund/en ☐

Verantwortliche/er Ärztin/Arzt nach § 20b AMG: _____
Datum Unterschrift

WE	WO	HB	F	ME	RA