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

Bestätigung der abgegebenen Samenprobe
Bericht zur Spermiengewinnung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

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 - versiegelt.
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 - versiegelt.

..... **.....**
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

T	WE	WO	HB	F	ME