

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Pat-Nr: _____

**GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE
 UND REPRODUKTIONSMEDIZIN**

 Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2015
 Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

 MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
 FRAUENÄRZTE · PSYCHOTHERAPIE

Ärztliche Leitung

 Dr. med. C. Gaßner
 Dr. med. G. Krüsmann
 Dr. med. J. Krüsmann
 Prof. Dr. Dr. med. W. Würfel

 Lortzingstr. 26 · 81241 München
 Telefon +49.89.24.41.44-0
 Fax +49.89.24.41.44-41

 info@ivf-muenchen.de
 www.ivf-muenchen.de

Probenbegleitschein zur Identitätssicherung

Heute soll Ihre Spermprobe zu folgendem Zweck untersucht bzw. aufbereitet werden:
<input type="checkbox"/> Diagnostik (Spermiogramm, ggf. Aufbereitung) <input type="checkbox"/> DNA-Fragm. <input type="checkbox"/> Kryokonservierung <input type="checkbox"/> Insemination (IUI) <input type="checkbox"/> Befruchtung der Eizellen durch IVF oder ICSI <input type="checkbox"/> Verarbeitung nach Auftau von kryokonservierten Spermien

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass
<ul style="list-style-type: none"> - die angegebenen Personalien von mir und meiner Ehefrau/Partnerin auf diesem Bogen und auch auf dem mir übergebenen Gefäß richtig sind - das übergebene Sperma von mir selbst stammt - ich der oben angekreuzten Verwendung des Spermas zustimme - ich mit der Auskunft über meinen Spermiogramm-Befund an meine Ehefrau/ Partnerin einverstanden bin

 München, den

 Unterschrift Patient (*)

(*) WICHTIG! Falls Sie bei der Übergabe/Auftau der Spermprobe am Tag der Behandlung nicht anwesend sein können, so ist zur Bestätigung der Probenzugehörigkeit und des Verwendungszwecks eine Kopie des Personalausweises mit aktuellem Datum und Unterschrift vorzulegen.

Patienten-/Probenannahme			
Gewinnung der Spermprobe	Übergabe der Spermprobe	Uhrzeit	Kürzel
<input type="checkbox"/> in der Praxis (intern) <input type="checkbox"/> nicht in der Praxis (extern)	<input type="checkbox"/> vom Patienten persönlich <input type="checkbox"/> überbracht von Partnerin / Ehefrau		
Identitätskontrolle			
<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis		
Infektionsserologie (gem. §8d Abs. 1 Nr. 3 TPG)		Infektion (bei Risiko/Verdacht/Vorliegen ankreuzen)	
BE-Datum: Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv, Parameter:	<input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> keine		
Karenzzeit:		Medikamente:	

Probenbearbeitung				
Datum:	Uhrzeit	Besonderheit	Bearbeiter	Kontrolle
Gewinnung 1. Probe				
Gewinnung 2. Probe				
Auftau kryokonservierter Spermien		<input type="checkbox"/> Kryo-TESE · <input type="checkbox"/> Kryo-MESA	<input type="checkbox"/> Kryosperma	
Straw:	Rest:	Proben-ID:	Kürzel:	

Erstellt von: M. Mißbach	Geprüft durch: Dr. G. Krüsmann	Freigegeben von: Dr. Gaßner
Datum: 01_2023	Datum: 01_2023	Datum: 01_2023