

## 7.0 Dokumentenverzeichnis

M:\Interne Formulare\Kiwu\Spermiogramm\Entnahmebericht Samenzellen\_Version 1.doc

## Entnahmebericht zur Gewinnung von Samenzellen

Erhaltende Gewebeeinrichtung: Praxis Dr. Krieg, Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg

### vom Patienten auszufüllen

Datum: .....

Partnerin: Name: ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Patient Name: ..... Vorname ..... Geburtsdatum.....

Anschrift des Patienten: .....

Medikamente.....

Karenzzeit: ..... Tage  
(= sexuelle Enthaltbarkeit)

Gewinnungszeit: .....Uhr

Gewinnungsort: Praxis Dr. Krieg  zu Hause

Verlust: ja  nein  Nikotin: ja  nein

Besonderheiten: .....

Befundauskunft an Ehefrau / Partnerin erwünscht ja  nein

**Hiermit bestätige ich, dass dies meine Probe ist.**

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

### vom medizinischen Fachpersonal auszufüllen:

Identität des Patienten per Lichtbildausweis kontrolliert durch: \_\_\_\_\_

Spermogramm  IVF/ ICSI  24-Stunden-Spermogramm

Insemination  Kryosperma

Freigabe (Name und Unterschrift): \_\_\_\_\_  
verantwortliche Person nach §8d TPG / §20b AMG