

♀ Frau

NACHNAME ..... VORNAME ..... Geb. D. .... ID .....

♂ Mann

NACHNAME ..... VORNAME ..... Geb. D. .... ID .....

Telefon: ..... Karenz: ..... Tage (Optimal 3-5 Tage) Datum: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass das von mir abgegebene Ejakulat mein eigenes ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls im Falle einer IVF/ICSI/IUI, dass ich mit der Verwendung meines Spermias einverstanden bin.

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

- Indikation**
- Kontrolle
  - Insemination
  - IVF
  - ICSI
- Kryokonservierung**  
**Freigabe nach §20c:** \_\_\_\_\_

Lagerung	
Tank: _____	Becher: _____
_____	Code: _____

Spermiogramm	Unterer Referenzwert nach WHO (6. Auflage)	Befund /diagnostisch	Nach Aufbereitung für ICSI/IVF/IUI
Volumen mL	1,5 mL		
Anzahl / mL	15 x 10 <sup>6</sup>		
Anzahl gesamt (x 10 <sup>6</sup> )	39 x 10 <sup>6</sup>		
Besonderheiten		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht quantifizierbar (&lt;1 x 10<sup>6</sup>)</li> <li>• motile Spermien für ICSI vorhanden</li> </ul>	
Motilität WHO SP (%)			
Motilität WHO LP (%)			
Motilität WHO NP (%)			
Motilität WHO SP+LP (%)	32 %		
Motilität Immotil			
Motilität gesamt (%)	40 %		
Morphologie normal	4 %		
Rundzellen		• vermehrt	
Viskosität		• zähflüssig	
Viability (%)	58 %		
pH-Wert	≥ 7,2		
Agglutinationen (Grad I-IV)	Grad I – isoliert, Grad II – mäßig, Grad III – viele, Grad IV - ausgeprägt		
Dichtegradientenzentrifugation		_____ UpM _____ Zeit/min	_____ UpM _____ Zeit/min

Ejakulat und Bogen angenommen durch: ..... ☺: .....intern / extern //Freigabe nach §20b: .....

Spermaaufbereitung durch ..... Bemerkung/Indikation.....

*Dr. Christ /Dr. Nik Bakhsh/P.Ventouri*