

♀ *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.

Unterschrift: _____

Indikation Kontrolle **Kryokonservierung**
 Insemination **Freigabe nach §20c:** _____
 IVF
 ICSI

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 ⁶		
Anzahl gesamt (x 10 ⁶)	39 x 10 ⁶		
Besonderheiten		<ul style="list-style-type: none"> • Nicht quantifizierbar (<1 x 10⁶) • motile Spermien für ICSI vorhanden 	
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:Uhrzeit d. Gewinnung//Freigabe nach §20b:

Spermaaufbereitung durch Bemerkung/Indikation.....
Dr. Christ /Dr. Baban/Dr. Nik Baksh