

## 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. Eventuell anfallende Kosten werden von mir übernommen.**

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

### vom medizinischen Fachpersonal auszufüllen:

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

Spermiogramm  CatSper-Test  IVF/ICSI

Insemination  Kryosperma  24-Stunden-Spermiogramm

Freigabe (Name und Unterschrift): \_\_\_\_\_

Dr. med. Jürgen Krieg/ Silke Klotz  
(verantwortliche Person nach §8d TPG / §20b AMG)