

Entnahmebericht zur Gewinnung von Samenzellen

Erhaltende Gewebereinrichtung: Kinderwunschzentrum Amberg, 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: _____

Spermogramm CatSper-Test IVF/ICSI

Insemination Kryosperma 24-Stunden-Spermogramm

Freigabe (Name und Unterschrift): _____

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