



## Begleitblatt für die Samenuntersuchung (Ejakulatanalyse nach WHO)

<p><b>Öffnungszeiten RME</b></p> <p>Mo.-Mi &amp; Fr.: 07.00 – 12.00 Uhr &amp; 13.00 – 16.00 Uhr          Do.: 07.00 – 12.00 Uhr</p> <p><b>Die Probenannahme ist nur nach telefonischer Terminvereinbarung unter +41 (0) 61 265 9337 möglich</b></p>	<p><b>Zusatzuntersuchungen</b></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Probeaufbereitung der Spermien (zur Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bakterielle Untersuchung* (bei Bakterien oder erhöhter Leukozytenkonzentration)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nebenhodenmarker* (bei Azoospermie und Kryptozoospermie)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein DNA-Fragmentierung (mittels TUNEL Assay, Kosten ca. 250 CHF)</p> <p style="text-align: center;"><b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b></p> <p style="text-align: center;"><small>* Analysen werden extern, in einem USB Labor durchgeführt</small></p>
---	--

**Name und vollständige Adresse der Ärztin/des Arztes, an die/der der Befund geschickt werden soll (Stempel):**

*(vom Patienten auszufüllen)*

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geb. Dat.:</b>
<b>Name (Ehefrau/Partnerin):</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geb. Dat.:</b>
<b>Strasse, Nr.:</b>		
<b>PLZ, Wohnort:</b>		<b>Beruf:</b>
Besteht unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, seit
Haben Sie selbst schon ein Kind gezeugt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Geburt am
Hatte Ihre Ehefrau/Partnerin in der bestehenden Partnerschaft mit Ihnen eine Fehlgeburt (Abort) bzw. Abbruch?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, am
Welche Krankheiten und Operationen haben Sie durchgemacht?		
Welche Medikamente nehmen Sie mehr oder weniger regelmässig ein?		

Bemerkungen über evtl. Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit.

### Anleitung zur Gewinnung<sup>1)</sup> und Zustellung<sup>1)</sup> des Samens

- Bitte vereinbaren Sie einen **Termin** für die Probenabgabe (Tel.: +41 (0) 61 265 9337, E-Mail: reproendo@usb.ch).
- Die Samengewinnung kann **vor Ort**, in einem speziell hierfür eingerichteten Raum, vorgenommen werden.
- Alternativ kann die Probe auch **zu Hause** gewonnen werden. Der Behälter muss dann **innerhalb 1 Stunde nach Gewinnung** an den Empfang der **Reproduktionsmedizin und Gyn. Endokrinologie (RME), Vogesenstrasse 134, 4031 Basel** gebracht werden.
- Bringen Sie zum Termin bitte Ihre **Krankenkassenkarte** mit.
- Halten Sie vor der Samengewinnung eine **sexuelle Abstinenz von 2 bis 7 Tagen ein**.
- Beschriften Sie den Behälter mit: **Name, Vorname, Geburtsdatum**.
- Gewinnen Sie den Samen durch **Masturbation** (keine Verwendung von Kondomen!).
- Achten Sie darauf, dass der **gesamte Samenerguss** aufgefangen wird.
- Der **Bericht** über die Samenuntersuchung wird innerhalb von 1 – 2 Wochen an den von Ihnen angegebenen Arzt verschickt.

<sup>1)</sup> Nicht im akkreditierten Bereich ISO/IEC 17025 enthalten

Ist dies die erste Samenuntersuchung in unserem Labor?  Ja  Nein

Datum der Samengewinnung: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Letzter Samenerguss vor \_\_\_\_\_ Tagen

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigt der Patient, dass die erzeugte Samenprobe von ihm stammt. Die Probe wird für diagnostische Zwecke, inklusive notwendiger interner Qualitätskontrollen, verwendet.

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

<b>Wird vom Laborpersonal ausgefüllt!</b>		
Probengewinnung:	<input type="radio"/> Gewinnung vor Ort	<input type="radio"/> Abgabe RME
Datum und Uhrzeit:		Präparatnummer:

**Durch den Arzt auszufüllen (falls nützlich)**

**Angaben zur Krankengeschichte des Patienten:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisher durchgeführte Sterilitätstherapie:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Daten evtl. Operationen:** Varikozelenoperation: \_\_\_\_\_ Inguinalhernienoperation: \_\_\_\_\_  
Kryptorchismusoperation: \_\_\_\_\_ Hodenbiopsie: \_\_\_\_\_

**Genitalstatus:**  
Hodenlage: links:  normal  anders: \_\_\_\_\_ rechts:  normal  anders: \_\_\_\_\_  
Hodengröße: links:  normal  anders: (Volumen in ml): \_\_\_\_\_  
rechts:  normal  anders: (Volumen in ml): \_\_\_\_\_  
Hodenkonsistenz: links:  normal  anders: \_\_\_\_\_ rechts:  normal  anders: \_\_\_\_\_  
Nebenhoden: links:  normal  anders: \_\_\_\_\_ rechts:  normal  anders: \_\_\_\_\_  
Samenstrang (Varikozele): links: \_\_\_\_\_  
rechts: \_\_\_\_\_  
Andere Auffälligkeiten im Status (Penis, Prostata, anderes):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hormonanalyse (Blut):** FSH: \_\_\_\_\_ IU/l Prolaktin: \_\_\_\_\_ µg/l Testosteron: \_\_\_\_\_ nmol/l  
Datum: LH: \_\_\_\_\_ IU/l Östradiol: \_\_\_\_\_ pmol/l andere: \_\_\_\_\_

**Postcoitaltest:**  
Datum: \_\_\_\_\_

**Resultate anderer Fertilitätsabklärungen**  
(z.B. apparative Varikozelenabklärung, in vitro Penetrationstest, Prostata-Exprimat, Chromosomen-Analyse, immunologische-Abklärung, Hodenbiopsie, u.a.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Befunde bei der Frau:**  
Basaltemperaturkurve: \_\_\_\_\_  
Zervixcore: \_\_\_\_\_  
Tuben: Pertub/HSG: \_\_\_\_\_  
Laparoskopie: \_\_\_\_\_

Anderes: _____	Stempel, Unterschrift:
_____	
_____	
_____	