



Akkreditierung
 ISO/IEC 17025
 STS 0442



Zertifizierung
 DIN ISO 9001:2015

Frauenklinik
 Reproduktionsmedizin und
 Gyn. Endokrinologie (RME)

Begleitblatt für die Samenuntersuchung (Ejakulatanalyse nach WHO)

Probenannahme Mo.-Fr.: 10.00 Uhr – 12.00 Uhr & 13.00 Uhr - 15.00 Uhr Wir bitten um telefonische Terminabsprache unter +41 (0) 61 265 9363	Zusatzuntersuchungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Probeaufbereitung der Spermien (zur Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bakterielle Untersuchung (bei Bakterien oder erhöhter Leukozytenkonzentration) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nebenhodenmarker (Bei Azoospermie und Kryptozoospermie) <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>
--	---

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

(vom Patienten auszufüllen)

Name:	Vorname:	Geb. Dat.:
Name (Ehefrau/Partnerin):	Vorname:	Geb. Dat.:
Strasse, Nr.:		
PLZ, Wohnort:		Beruf:
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 und Zustellung des Samens

- Halten Sie vor der Samengewinnung eine **sexuelle Abstinenz von 2 bis 7 Tagen ein**.
- Gewinnen Sie den Samen durch **Masturbation** (keine Verwendung von Kondomen!).
- Achten Sie darauf, dass der **gesamte Samenerguss** aufgefangen wird.
- Beschriften Sie den Behälter mit: **Name, Vorname, Geburtsdatum**
- Bringen Sie den Behälter **innerhalb 1 Stunde nach Gewinnung an den Empfang der Reproduktionsmedizin und Gyn. Endokrinologie (RME), Vogesenstrasse 134, 4031 Basel**

Für auswärtige Patienten besteht die Möglichkeit, in einem speziell hierfür eingerichteten Raum, die Samengewinnung vorzunehmen (nach vorheriger telefonischer Anmeldung).

Der Bericht über die Samenuntersuchung wird innerhalb von 1 – 2 Wochen an den von Ihnen angegebenen Arzt verschickt.

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: _____

Wird vom Laborpersonal ausgefüllt!

Probengewinnung: Gewinnung vor Ort Abgabe RME

Datum und Uhrzeit: _____

Laborant/in: _____ Patientennummer: _____ 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: