



Akkreditierung  
 ISO/IEC 17025  
 STS 0442



Zertifizierung  
 DIN ISO 9001:2015

**Frauenklinik**  
 Reproduktionsmedizin und  
 Gyn. Endokrinologie (RME)

## Begleitblatt für die Samenuntersuchung (Ejakulatanalyse nach WHO)

<p style="text-align: center;"><b>Probenannahme</b></p> <p>Mo.-Fr.: 09.00 – 12.00 Uhr &amp; 13.00 – 14.00 Uhr  <b>Wir bitten um telefonische Terminabsprache unter +41 (0) 61 265 9363</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Zusatzuntersuchungen</b></p> <p> <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)         </p> <p style="text-align: center;"><i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i></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)

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb. Dat.:** \_\_\_\_\_

**Name (Ehefrau/Partnerin):** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb. Dat.:** \_\_\_\_\_

**Strasse, Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

Besteht unerfüllter Kinderwunsch?  O Nein  O Ja, seit \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst schon ein Kind gezeugt?  O Nein  O Ja, Geburt am \_\_\_\_\_

Hatte Ihre Ehefrau/Partnerin in der bestehenden Partnerschaft mit Ihnen eine Fehlgeburt (Abort) bzw. Abbruch?  O Nein  O 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

- 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**

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

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?  O Ja  O 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:		
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:

---

---

---

---