



Begleitblatt für die Samenuntersuchung (Ejakulatanalyse nach WHO)

<p>Öffnungszeiten RME</p> <p>Mo.-Mi & Fr.: 07.00 – 12.00 Uhr & 13.00 – 16.00 Uhr Do.: 07.00 – 12.00 Uhr</p> <p>Die Probenannahme ist nur nach telefonischer Terminvereinbarung unter +41 (0) 61 265 9337 möglich</p>	<p>Zusatzuntersuchungen</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;">Zutreffendes bitte ankreuzen</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 Gewinnung¹⁾ und Zustellung¹⁾ 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.

¹⁾ 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: _____

Wird vom Laborpersonal ausgefüllt!

Probengewinnung: Gewinnung vor Ort 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:

