



KRITERIENBOGEN

Name Patient/in: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Straße, Nr., PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kinderwunschlinik: _____ Name des Arztes/der Ärztin: _____

Von der Sperm Bank Germany auszufüllen

Haben Sie eine/n Partner/in? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ihr/e Lebenspartner/in ist <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	DATUM: _____	DATUM: _____	DATUM: _____
	DONOR NR: _____	DONOR NR: _____	DONOR NR: _____
	ARZT AMG §§20b,c: _____	ARZT AMG §§20b,c: _____	ARZT AMG §§20b,c: _____

KRITERIEN:				PATIENTIN	SPENDER/ WUNSCH	DONOR Abweichungen gekennzeichnet durch Sperm Bank			
Bitte tragen Sie Ihre eigenen Merkmale und Ihre Wunschkriterien (bzw. die Merkmale des/der Partner/in, die Ihnen beim Spender wichtig sind) ein; in der 2. Spalte können Sie auch Felder frei lassen. Sollten Sie einen Fotoabgleich wünschen, schicken Sie Fotos bitte per Post oder E-Mail an us.									
Augenfarbe	1: blau	2: braun	3: grau	4: grün	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarfarbe	1: blond	2: dunkelblond	3: braun	4: schwarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haartyp	1: glatt	2: wellig/lockig			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe (cm)	1: <170	2: 170-179	3: 180-189	4: >190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statur	1: pyknisch	2: athletisch	3: asthenisch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Blutgruppe	1: A	2: B	3: AB	4: O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Rhesusfaktor	1: positiv	2: negativ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herkunft	1: europäisch	2: andere _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Cytomegalie-Virus (CMV)	1: IgG-Antikörper-negativ	2: IgG-Antikörper-positiv			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Falls unbekannt, bitte durch behandelnden Arzt aufklären und bestimmen lassen oder unsere Verzichtserklärung unterschreiben.**

Behandlungsart (bitte Anzahl geplante Behandlungen eintragen):

_____ IUI (Insemination)	_____ IVF	_____ ICSI
Halme pro IUI: 2 NF / 1 RTU	Halme pro IVF: 3-4 NF / 2-3 RTU	Halme pro ICSI: 1 NF / 1 RTU

Unsere Spender werden, außer im Spenderprofil anders vermerkt, genetisch untersucht. Sie weisen einen unauffälligen Chromosomensatz auf und sind negativ auf die Anlageträgerschaft einer Mutation im CFTR-Gen getestet.

Wenn Sie auf den Abgleich des Rhesusfaktors, der Blutgruppe oder des CMV-Status verzichten möchten, füllen Sie uns bitte die beigefügte Einverständniserklärung (SPB-EVE-Verzichtserklärung Abgleich) aus.

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben:

_____	_____
Unterschrift Patient/in	Unterschrift Partner/in

Die hier erhobenen Patientendaten werden ausschliesslich intern und vertraulich verarbeitet. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht der Daten beträgt 10 Jahre (vgl. § 10 Abs. 3 BO, § 630f Abs. 3 BGB)

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular via E-Mail: info@spermbank-germany.com oder per Post an Sperm Bank Germany GmbH, Niederkasseler Lohweg 181-183, 40547 Düsseldorf.