

KRITERIENBOGEN

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

Straße, Nr., PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kinderwunschlinik (mit Adresse): _____

Name des Arztes/der Ärztin: _____

Haben Sie eine/n Partner/in? Ja Nein Ihr/e Lebenspartner/in ist männlich weiblich

Wie sind Sie auf die SPB Germany aufmerksam geworden? _____

KRITERIEN

Bitte tragen Sie Ihre eigenen Merkmale (Spalte Patientin) sowie Ihre Wunschkriterien (Spalte Spender) ein.
Bitte füllen Sie nur Wunschkriterien aus, die Ihnen wichtig sind (es können auch Felder frei gelassen werden).
Sollten Sie einen Fotoabgleich wünschen, schicken Sie bitte Fotos beigefügt mit.

					Patientin	Spender
Augenfarbe	1: blau	2: braun	3: grau	4: grün	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarfarbe	1: blond	2: dunkelblond	3: braun	4: schwarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haartyp	1: glatt	2: wellig/lockig			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe (cm)	1: <170	2: 170-179	3: 180-189	4: >190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statur	1: pyknisch/breit	2: athletisch	3: asthenisch/schmal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herkunft	1: europäisch	2: andere _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Blutgruppe	1: A	2: B	3: AB	4: O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Rhesusfaktor	1: positiv	2: negativ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Cytomegalie Virus (CMV)	1: IgG-Antikörper- negativ	2: IgG-Antikörper- positiv			<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

Unsere Spender werden 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.**