

	VivaNeo Samenbank Düsseldorf	Seite 1 von 1
	FB	VSB-Kriterienbogen_GER

PATIENTIN _____ geb. _____

Strasse,Haus-Nr., PLZ Ort: _____

Telefon/Email: _____

Name Arzt: _____ Zentrum: _____

Haben Sie einen Partner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ihr Lebenspartner ist	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich

Von der Samenbank auszufüllen

DATUM: _____

DONOR NR: _____

ARZT AMG §§20b,c: _____

KRITERIEN:					PATIENTIN	PARTNER	DONOR
						<small>oder Wunsch- eigenschaften</small>	<small>Abweichungen gekennzeichnet durch *</small>
Augenfarbe	1: blau	2: braun	3: grau	4: grün	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Haarfarbe	1: blond	2: dunkelblond	3: braun	4: schwarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Haartyp	1: glatt	2: wellig			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Größe (cm)	1: <170	2: 170-179	3: 180-189	4: >190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Statur	1: pyknisch	2: athletisch	3: asthenisch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Blutgruppe	1: A	2: B	3: AB	4: O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Rhesusfaktor	1: positiv	2: negativ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
Herkunft	1: kaukasisch	2: andere _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
CMV-Status	1: negativ	2: IgG+/IgM-	3: IgG+/IgM+		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
<p>Wünschen Sie einen Spender, der weiterführend auf genetische Abweichungen getestet wurde und entsprechend einen unauffälligen Chromosomensatz aufweist und negativ auf die Anlageträgerschaft einer Mutation im CFTR Gen getestet wurde?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input style="border: 1px solid red;" type="checkbox"/> </p>							
<p>Behandlungsart (bitte ankreuzen): _____ Insemination _____ IVF _____ ICSI</p> <p>Halme pro Insemination: 2 NF Halme / 1 RTU Halm</p> <p>Halme für IVF: 3-4 NF-Halme Halme für ICSI: 1 NF-Halm</p>							

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

<p>_____ Unterschrift Patientin</p>	<p>_____ Unterschrift Partner</p>
---	---------------------------------------

Bitte senden Sie uns das ausgefüllt Formular via Fax an 0211 / 9017270 oder per Post VivaNeo Sperm Bank GmbH, Völklinger Str. 4, 40210 Düsseldorf.