

.....
Name, Vorname Patient

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname Ehefrau/Partnerin

.....
Geburtsdatum

**GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE
UND REPRODUKTIONSMEDIZIN**

*Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2015
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin*

**MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
FRAUENÄRZTE · PSYCHOTHERAPIE**

Ärztliche Leitung

Dr. med. C. Gaßner
Dr. med. G. Krüsmann
Dr. med. J. Krüsmann
Prof. Dr. Dr. med. W. Würfel

Lortzingstr. 26 · 81241 München
Telefon +49.89 24 41 44 - 0
Fax +49.89 24 41 44 - 41

info@ivf-muenchen.de
www.ivf-muenchen.de

Aufklärung zur Verwendung von Sperma

Heute soll Ihre Spermaprobe zu folgendem Zweck untersucht bzw. aufbereitet werden:

- diagnostisch
- zur Kryokonservierung
- zur IUI
- zur Befruchtung der Eizellen durch IVF oder ICSI

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass

- die angegebenen Personalien von mir und meiner Ehefrau/Partnerin auf diesem Bogen und auch auf dem mir übergebenen Gefäß richtig sind.
- das übergebene Sperma von mir selbst stammt.
- ich der oben angekreuzten Verwendung des Spermas zustimme.
- ich mit der Auskunft über meinen Spermogrammbe fund an meine Ehefrau/Partnerin einverstanden bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Erstellt von: D. Shakeshaft	Geprüft durch: Dr. G. Krüsmann	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 12_2017	Datum: 12_2017	Datum: 12_2017