# Zuweisung für Spermiogramm oder IUI

## Angaben zum Patienten

### NAME: Geburtsdatum:

### Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

E-Mail: Mobile Phone:

Partnerin: NAME: Geburtsdatum:

 Vorname:

**Zuweisender Arzt: DATUM:**

Kontaktaufnahme:

[ ]  Bitte Pat. telefonisch aufbieten [ ]  Bitte Pat. über E-Mail aufbieten

[ ]  Pat. meldet sich [ ]  Termin wurde bereits vereinbart

*Diagnose:*

[ ]  primäre Sterilität seit ..... [ ]  erstes Spermiogramm in GEA

[ ]  sekundäre Sterilität seit .... [ ]  Wiederholung [ ]  nach Antibiose

[ ]  Vorbefunde: [ ]  nur Bakteriologie

(Beilage) [ ]  vor IUI

[ ]  Mehr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zuweisung**

[ ]  Basis-Spermiogramm (Konzentration, Motilität, Morphologie, pH, Volumen, TMC A-B, Grundlegende Bewertung des Samenplasmas) mit Autoantikörper IgA-IgG (Mar-Test)

[ ]  Basis-Spermiogramm mit Autoantikörper IgA-IgG (Mar-Test) + evtl. Bakteriologie (Reflex Testung bei Hinweisen für einen Infekt)

[ ]  Basis-Spermiogramm ohne Autoantikörper [ ]  DNA-Fragmentierung Index (Halo-Test)

[ ]  Nachweis von Spermien im Urin [ ]  Kontrolluntersuchung nach Vasektomie

Berichte bitte [ ]  schriftlich [ ]  per e-mail an ................................