# 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 ................................