

Spender Anamnese – Spender Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum.: _____ Ausweisnr.: _____

Adresse: _____

Ich beabsichtige, Samenspender für die Praxis novum zu werden. Nachstehende Angaben habe ich nach sorgfältiger Überlegung gemacht. Wenn notwendig, habe ich Erkundigungen in der Familie eingezogen.

Nationalität		Herkunft Eltern	
Schulabschluss		Berufsausbildung	
Ausgeübter Beruf			

Zutreffendes bitte einkreisen bzw. ankreuzen!

Zivilstand	ledig	<input type="radio"/>
	verheiratet	<input type="radio"/>
	Partnerschaft	<input type="radio"/>
	Verwitwet	<input type="radio"/>
	Kinder Anzahl	
Sexuelle Orientierung	heterosexuell	<input type="radio"/>
	homosexuell	<input type="radio"/>
	bisexuell	<input type="radio"/>
Blutgruppe	A	<input type="radio"/>
	AB	<input type="radio"/>
	B	<input type="radio"/>
	0	<input type="radio"/>
	weiß nicht	<input type="radio"/>
Rhesusfaktor	positiv	<input type="radio"/>
	negativ	<input type="radio"/>
	weiß nicht	<input type="radio"/>
Größe (cm)		
Gewicht (kg)		
Größe der Eltern (cm)	Vater:	Mutter:
Körperbau	athletisch	<input type="radio"/>
	schlank	<input type="radio"/>
	dick	<input type="radio"/>
Haarfarbe	schwarz	<input type="radio"/>
	braun	<input type="radio"/>
	blond	<input type="radio"/>
	rot	<input type="radio"/>
Haarform	glatt	<input type="radio"/>
	gelockt	<input type="radio"/>
	licht	<input type="radio"/>
	Glatze	<input type="radio"/>
Augen	braun	<input type="radio"/>
	blau	<input type="radio"/>
	grün	<input type="radio"/>
	grau	<input type="radio"/>
Körperbehaarung	normal	<input type="radio"/>
	stark	<input type="radio"/>
	sehr stark	<input type="radio"/>

Sehvermögen	normal	<input type="radio"/>
	kurzsichtig	<input type="radio"/>
	weitsichtig	<input type="radio"/>
	Stärke li: /re:	
Hörvermögen	normal	<input type="radio"/>
	eingeschränkt	<input type="radio"/>
Blutdruck	normal	<input type="radio"/>
	niedrig	<input type="radio"/>
	erhöht	<input type="radio"/>
	weiß nicht	<input type="radio"/>
Cholesterin	normal	<input type="radio"/>
	erhöht	<input type="radio"/>
	weiß nicht	<input type="radio"/>
Blutzucker	normal	<input type="radio"/>
	erhöht	<input type="radio"/>
	weiß nicht	<input type="radio"/>
Asthma	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>
Hautekzem	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>
Allergien	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>
welche:		
Operationen	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>
welche:		
Fehlbildungen	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>
welche (z.B. Hasenscharte...):		
Krebserkrankung	nein	<input type="radio"/>
	ja	<input type="radio"/>

Psychische Erkrankung	nein	<input type="radio"/>
welche:	ja	<input type="radio"/>
Erbkrankheiten	nein	<input type="radio"/>
welche:	ja	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (n.g. nicht gemessen)			
HIV (AIDS)	ja	nein	n.g.
Hepatitis A, B, C	ja	nein	n.g.
Syphillis	ja	nein	n.g.
Cytomegalie	ja	nein	n.g.
Chlamydien	ja	nein	n.g.

Sonstige Erkrankungen, die eine dauerhafte Medikation erfordern:
Drogen / Medikamente, die sie z.Z. einnehmen:
Reiseziele in den letzten 12 Monaten:

Ihre Interessen/Neigungen	Musik	Sport	Mathe	Literatur	Kunst	Computer
Sonstiges						

	Eltern	Geschwister	Großeltern und deren Geschwister
Erbkrankheiten			
Asthma			
Herzinfarkt			
Krebs			
Allergien			
Hautkzeme			
Nierenzysten			
Zuckerkrankheit			
Alkoholmissbrauch			
Tablettenmissbrauch			
Drogenkonsum			

Persönliche Beweggründe für die Samenspende:
--

Erklärung des Spenderanwärters

Alle Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass ich keinerlei bisexuelle oder homosexuelle Kontakte habe oder hatte. Auch unterhalte ich keine sexuellen Kontakte zu weiblichen Risikogruppen für Infektionen wie Drogenabhängige oder Bisexuelle. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich keinerlei Drogen oder dauerhaft Medikamente zu mir nehme. Ich bin mir bewusst, dass ich als Samenspender regelmäßig Blutproben abgeben muss, damit die Praxis **novum** Untersuchungen auf Infektionskrankheiten - insbesondere HIV und Hepatitis - durchführen kann.

Mir ist bewusst, dass die vorsätzliche falsche Beantwortung oben genannter Fragen spätere zivilrechtliche Haftungsansprüche von den betroffenen Ärzten, Patienten und dem durch mein Sperma gezeugten Kind nach sich ziehen können.

Essen, den _____ Unterschrift _____

Nur vom verantwortlichen Arzt auszufüllen!

Besonderheiten/Anmerkungen:

Herkunft aus/Aufenthalt in Endemiegebieten ja nein

Zusätzliche Laboruntersuchungen sind durchzuführen:

Aufklärung und Anamnese sind in einem persönlichen Gespräch erfolgt.

Datum

verantwortlicher Arzt gemäß §20b AMG