

Bitte bieten Sie folgenden Patienten auf:

fertisuisse Olten fertisuisse Basel

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel: _____ email: _____

Partnerin (bei Fertilitätsabklärung oder Aufbereitung für Insemination) :

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Gewünschte Untersuchung:

- Spermogramm **bei Kinderwunsch*** inklusive Aufbereitung der motilen Spermien (Swim-Up)
- Aufbereitung des Ejakulats für Inseminationstherapie*.

Bitte Name und Geburtsdatum der Partnerin angeben und VOR Stimulationsbeginn anmelden
per email: info@fertisuisse.hin per Tel: Olten: +41 62 287 20 00 Basel: +41 61 287 30 00

- Spermogramm **ohne Kinderwunsch*** (Konzentration, Motilität, Morphologie nativ)
- Kryokonservierung von Spermien* (Ejakulat mit Spermogramm/ Testikuläres Gewebe)
Bei Hodenbiopsien bitte vorgängig Rücksprache mit unseren LabormitarbeiterInnen
- Allgemeine Bakteriologie Nebenhodenmarker (Fruktose/ α -Glucosidase)
- falls vorhanden Serologien (HIV/Hep B/Hep C/Lues) beilegen (nicht älter als 6 Monate)
- Autoimmunantikörper *IgA/IgG werden standardmässig mit dem Spermogramm durchgeführt,
falls nicht gewünscht bitte hier ankreuzen.

Anamnese/Befunde/Bemerkungen:

Ärztin/Arzt

Befund an Name und Adresse der Ärztin/des Arztes (oder Stempel):
