

## Fragebogen Kryokonservierung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ -Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

## Grund der Kryokonservierung

- vor Sterilisation  bei Tumorerkrankung  
 andere \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen \_\_\_\_\_

Geplante Behandlungen \_\_\_\_\_  
(z.B. Chemotherapie/Bestrahlung)

Wann soll die Behandlung beginnen \_\_\_\_\_

Wurde schon einmal Sperma untersucht?  Ja  Nein

Name der Partnerin \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

Ist eine Kinderwunschbehandlung  
in den nächsten 12 Monaten geplant?  Ja  Nein

Von wem wurden Sie auf die Erlanger  
Samenbank aufmerksam gemacht \_\_\_\_\_