



## Schenken Sie Ihrer Fruchtbarkeit eine Zukunft.

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich für eine Behandlung zur Fruchtbarkeitsvorsorge im Kinderwunschzentrum an der Wien interessieren. Anbei übermitteln wir unsere Unterlagen zur Samenzell-Kryokonservierung und eine Checkliste mit allen erforderlichen Dokumenten / Befunden für den Ersttermin.

### Persönliche Daten

Akademischer Titel	
Familienname*	
Vorname*	
*Bitte geben Sie Ihren <b>aktuellen und offiziell eingetragenen Namen</b> an, da wir verpflichtet sind, Verträge auf diesen Namen auszustellen. Im Falle einer Namensänderung bitten wir um Bekanntgabe. Falls gewünscht berücksichtigen wir sehr gerne schon jetzt <b>Ihren Wunschnamen</b> für die persönliche Kommunikation:	
Ihre Wunschanrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> divers
Ihr Wunschname	
Nationalität	
Geburtsdatum	
Wohnadresse / Hausnr. / Stiege / Tür	
PLZ / Ort	
Land	
Geburtsort	
Geburtsname	
Urolog*in (Name, PLZ)	
Sozialversicherungsnr. (10-stellig)	
Versicherungsträger	
Private Krankenversicherung	
Mobiltelefonnummer	
Beruf	

### Zusatzinformationen

Bevorzugte Sprache	<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Englisch	<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Englisch
Wären Sie bereit, über Ihre Behandlung der Samenzell-Kryokonservierung zu sprechen?	<input type="radio"/> Ja, persönlich (z.B. TV-Beitrag). <input type="radio"/> Ja, aber nur anonymisiert.	<input type="radio"/> Nein, dazu bin ich nicht bereit.
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Urolog*in:	<input type="radio"/> direkte Empfehlung unseres Zentrums <input type="radio"/> mehrere Zentren empfohlen
	Online:	<input type="radio"/> Google-Suche <input type="radio"/> Besuch unseres Kinderwunsch Webinars <input type="radio"/> Instagram <input type="radio"/> Facebook <input type="radio"/> YouTube <input type="radio"/> Online-Forum
	<input type="radio"/> Empfehlung durch Familie / Freundeskreis / Kolleg*innen	
	<input type="radio"/> Sonstiges (Krankenanstalt, Influencer, Medien, ...):	



## Checkliste für die Samenzell-Kryokonservierung

Das Kinderwunschzentrum an der Wien bietet eine Kryokonservierung von Samenzellen an und empfiehlt ein Samendepot bei folgenden Indikationen vorbeugend anzulegen im Falle von:

- geplanter Chemo- oder Strahlentherapie
- Hodenerkrankungen
- Operationen
- geplanter Geschlechtsangleichung
- Erkrankungen, welche die Zeugungsfähigkeit beeinflussen können

### Unterlagen zur Bestätigung der medizinischen Indikation:

#### z.B. Ärztliche Bestätigung, Krankenhausberichte, OP-Berichte, Gutachten (Transidentität)

Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) besagt in § 2b (1), dass Samenzellen aus einem medizinischen Grund eingefroren werden dürfen. Bitte übermitteln Sie uns daher Ihre entsprechenden Dokumente, da wir verpflichtet sind, dies im Rahmen Ihrer Behandlung zu dokumentieren.

### Terminvereinbarung

Da eine Entscheidung zur Kryokonservierung in manchen Fällen kurzfristig erfolgen muss, ist es wichtig, möglichst zeitnah mit uns Kontakt aufzunehmen. Der erste Schritt ist daher die Terminvereinbarung zur Samenabgabe für eine Kryokonservierung.

Sie erreichen uns telefonisch unter T +43 1 934 69 79.

**Mo - Do: 8 - 12 Uhr | 13 - 16 Uhr**      **Fr: 8 - 13 Uhr**



### Tipp für Ihren Termin!

Vor der Samenabgabe empfehlen wir, sofern dies möglich ist, eine **sexuelle Karenz von 2 bis 7 Tagen**. Bei weiteren Fragen zu Ihrer Samenzell-Kryokonservierung unterstützt Sie gerne unser IVF-Labor Team.



[www.kinderwunschzentrum.at](http://www.kinderwunschzentrum.at)



[www.facebook.com/kinderwunschzentrum.an.der.wien](https://www.facebook.com/kinderwunschzentrum.an.der.wien)



[www.instagram.com/ivfwien](https://www.instagram.com/ivfwien)



[www.youtube.com/ivfwien](https://www.youtube.com/ivfwien)



## Fragebogen

Dieser Fragebogen ist sehr wichtig für den Start Ihrer Behandlung. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen Sie ihn vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen.

\* Wichtig: Bei den Fragen mit diesem Icon übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Befunde / Berichte!

### Medizinische Indikation

Grund für Kryokonservierung \*

Datum der Diagnosestellung

Ist eine Hormontherapie geplant?

Falls ja, voraussichtlicher Beginn:

### Diagnostik

**Wichtig: Beantworten Sie die folgenden Fragen nur dann, wenn der Grund für die Kryokonservierung eine Erkrankung ist!**

Wo sind Sie in Behandlung?  
(Krankenhaus, Abteilung)

Sind Sie derzeit in stationärer  
Behandlung?

Ja

Nein

Ansprechperson & Telefonnummer  
(Arzt/Ärztin bzw. Krankenhaus-Abteilung)

Bereits erfolgte  
Behandlung / Therapie: \*

Wann?

Chemotherapie

Bestrahlung

Operation

Hormontherapie

Voraussichtlicher Beginn  
der Therapie (Chemo/Bestrahlung):

### Fertilität & Andrologie

Erzielte Schwangerschaften

Ja

Nein

Kommentar (genaue Diagnose, Behandlung, etc.)

Fehlbildung der Samenleiter

Hodenhochstand als Kind

Hodenentzündung

Hodenverletzung

Krampfadern am Hoden  
(Varikozele)

noch nicht operiert

operiert im Jahr:

Schwierigkeiten Samenabgabe  
(fremde Umgebung, Erektionsstörung)



### Medikation

	Name & Dosierung	Seit wann & warum?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		

### Infektiöse Krankheiten

	Wann?	Kommentar		
Hepatitis B		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
		Impfung?	<input type="radio"/> geimpft	<input type="radio"/> nicht geimpft
Hepatitis C		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
HIV (Typ 1 oder Typ 2)		behandelt mit:		
Syphilis		behandelt mit:		
Chlamydieninfektion		behandelt mit:		
Mumps		Hodenbeteiligung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein



## Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

### Persönliche Daten

VOR- UND NACHNAME, Geburtsdatum

WICHTIG: **Nichtzutreffendes bitte streichen**, sollten Sie in einem oder mehreren Punkten kein Einverständnis erteilen. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt. Bitte unterzeichnen nicht vergessen!

### Datenverarbeitung und Informationsübermittlung

Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankengeschichte werden im Kinderwunschzentrum an der Wien elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen gemäß FMedG §18 für 30 Jahre aufbewahrt werden und dürfen nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich eine Behandlung in unserem Institut durchzuführen.

Im Verlauf der Behandlung werden behandlungsrelevante und personenbezogene Daten an Sie verschickt.

**Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuchen wir um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten!**

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Datenübermittlung mittels unverschlüsseltm E-Mail-Verkehr Dritte Kenntnis über diese Informationen erhalten und die Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Für jegliche Übertragung und wahrheitsgemäße Angaben meiner Daten bin ich eigenverantwortlich.

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Informationen (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, Info-Newsletter, etc.) an folgende E-Mail-Adresse versenden darf.

E-Mail-Adresse:

Ich stimme einem Postversand zu. Sollten Sie nicht einverstanden sein, werden sämtliche Unterlagen ausschließlich persönlich an Sie übergeben, was die Behandlung erheblich verzögern bzw. erschweren kann.

### Informationsübermittlung an betreuende Ärzt\*innen

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum an der Wien behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an meine/n betreuende/n Fachärzt\*in per Post oder E-Mail übermitteln darf.

### Unterschrift\*

Datum	Unterschrift
* Ihre Unterschrift ist ausschließlich handschriftlich oder digital signiert (z.B. ID Austria, A-Trust) gültig.	