KINDERWUNSCHZENTRUM
AN DER WIEN
- OBRUCA & STROHMER -

# DONOR-STAMMDATENBLATT

## Persönliche Angaben

**ID Nummer (vom Institut auszufüllen)** _____

**Titel** _____

**Vorname** _____

**Nachname** _____

**Geburtsdatum** _____

**Geburtsort** _____

**Staatsbürgerschaft** _____

**Versicherung** _____

**SV – Nummer** _____

**Adresse** _____

**PLZ / Wohnort** _____

**Telefon** _____

**E-Mail-Adresse** _____

**Familienstand** _____

**Vor- und Nachname des Vaters** _____

**Vor- und Mädchenname der Mutter** _____

**Herkunft des Vaters** _____

**Herkunft der Mutter** _____

KINDERWUNSCHZENTRUM
AN DER WIEN
- OBRUCA & STROHMER -

# DONOR-FRAGEBOGEN

**Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!**

## A. Persönliches Profil

**Größe:** _____cm **Gewicht:** _____kg

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Haarfarbe:** | ☐ blond | ☐ brünett | ☐ braun |
| | ☐ schwarz | ☐ rot | |
| **Haarstruktur:** | ☐ glatt | ☐ gewellt | ☐ lockig |
| **Augenfarbe:** | ☐ blau | ☐ braun | ☐ grün |
| | ☐ blau/grau | ☐ grün/braun | |
| **Hauttyp:** | ☐ nordisch | ☐ mitteleuropäisch | |
| | ☐ dunkelhäutig | ☐ mediterran | |
| **Körperbau:** | ☐ schlank | ☐ athletisch | ☐ normal |
| | ☐ stämmig | ☐ adipös | |
| **Blutgruppe:** | ☐ A ☐ B | ☐ 0 | ☐ AB |
| **Rhesusfaktor:** | ☐ positiv | ☐ negativ | |

**1. Konsumieren Sie Alkohol?** ☐ ja ☐ nein wie oft _____

**2. Rauchen Sie?** ☐ ja ☐ nein Anzahl/Tag _____

**3. Besteht Suchgift- oder Tablettenmissbrauch?**

☐ ja ☐ nein welche _____

**4. Waren Sie oder sind Sie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?**

☐ ja ☐ nein weshalb _____

**5. Sind Sie adoptiert?** ☐ ja ☐ nein

**6. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?**

_____

**7. Welchen Beruf üben Sie aus?**

_____

**8. Welche Hobbys und Interessen haben Sie?**

_____

**9. Beschreiben Sie Ihre Persönlichkeit:**

_____

## B. Sexualverhalten

**1. Haben oder hatten Sie eine der folgenden sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis B oder C, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Chlamydien, Genitalwarzen, Zytomegalie, Trichomonaden, Herpes?**

☐ ja ☐ nein welche _____ wann _____

**2. Sind Sie dem Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion ausgesetzt durch Verhalten wie Prostitution, Konsum harter Drogen oder ungeschützter Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern?**

☐ja ☐ nein durch _____

## C. Reproduktive Vergangenheit

**1. Haben Sie schon eine Schwangerschaft erzielt?**

☐ ja ☐ nein wann _____

**2. Haben Sie Kinder?**

☐ ja ☐ nein Geburtsdaten der Kinder _____

**3. Gibt es oder gab es bedeutende Krankheiten Ihrer Kinder?**

☐ ja ☐ nein welche _____

**4. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Fehl-, Totgeburten oder plötzlichem Kindstod?**

☐ ja ☐ nein

## D. Gesundheit

**1. Fühlen Sie sich gesund?** ☐ ja ☐ nein

**2. Nehmen Sie Medikamente?** ☐ ja ☐ nein welche _____

**3. Wurden oder werden Sie mit menschlichen Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenhormon behandelt?** ☐ ja ☐ nein

**4. Nehmen Sie an klinischen Studien zur Erprobung von Medikamenten oder neuen Therapieansätzen teil?**

☐ ja ☐nein welche _____

**5. Sind Sie operiert?**

☐ ja ☐ nein welche OP _____ wann _____

**6. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine invasive medizinische Untersuchung oder Behandlung (z.B. Endoskopie, Biopsie)?**

☐ ja ☐ nein welche _____

**7. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Tropengebiet?**

☐ ja ☐ nein wo _____

**8. Hatten Sie eine der folgenden Beschwerden ohne erklärbare Ursache: Fieber, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellung, Durchfall, Hautausschlag, Übelkeit, Gewichtsverlust, andauernder Husten?**

☐ ja ☐ nein welche _____ wann _____

**9. Haben Sie schon einmal Blut, Thrombozyten oder Plasma gespendet?**

☐ ja ☐ nein wann war die letzte Spende _____

**10. Wurden Sie schon einmal von einer Blut-, Thrombozyten- oder Plasmaspende ausgeschlossen?**

☐ ja ☐ nein warum _____

## E. Familienanamnese

**Besteht eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft?**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und geben Sie bekannt in welchem familiären Verhältnis die betroffenen Personen zu Ihnen stehen und in welchem Alter die Erstdiagnose gestellt wurde. *Geben Sie bei Krebserkrankungen bitte auch die Art des Krebses an.*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Spaltenlippe/–gaumen | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ angeborene Herzfehler | ☐ Schlaganfall | ☐ Klumpfuß |
| ☐ Rückenmarksfehlbildung | ☐ Erblindung | ☐ Gicht |
| ☐ Kleinwüchsigkeit | ☐ Farbenblindheit | ☐ Down Syndrom |
| ☐ Lesch-Nyhan Syndrom | ☐ Arthritis | ☐ Rheuma |
| ☐ Asthma | ☐ Marfan Syndrom | ☐ Taubheit |
| ☐ Bloome Syndrom | ☐ Klinefelter Syndrom | ☐ Allergien |
| ☐ Turner Syndrom | ☐ Krebserkrankungen | ☐ Cystische Fibrose |
| ☐ Schizophrenie | ☐ Hämophilie | ☐ Alkoholismus |
| ☐ Muskeldystrophie | ☐ Drogensucht | ☐ Epilepsie |
| ☐ Sichelzellenanämie | ☐ Thalassämie | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Depression od. Manie | ☐ Zystenniere | ☐ Glaukom |
| ☐ Alzheimer-Krankheit | ☐ Parkinson-Krankheit | ☐ Noonan Syndrom |
| ☐ Creutzfeld-Jacob (BSE) | ☐ Diabetes Typ I | ☐ Diabetes Typ II |

| **Art der Erkrankung** | **Betroffene Person + Alter bei Erstdiagnose** |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Bitte führen Sie andere bedeutende Erkrankungen an, falls diese in der Auflistung nicht aufscheinen:**

_____

_____

Tragen Sie bitte die relevanten Daten in die Tabelle ein:

| Person | Lebensalter | ODER | Sterbealter | Todesursache |
|---|---|---|---|---|
| Großvater (vät.) | _____ | | _____ | _____ |
| Großmutter (vät.) | _____ | | _____ | _____ |
| Großvater (müt.) | _____ | | _____ | _____ |
| Großmutter (müt.) | _____ | | _____ | _____ |
| Vater | _____ | | _____ | _____ |
| Mutter | _____ | | _____ | _____ |
| Geschwister | _____ | | _____ | _____ |
| | _____ | | _____ | _____ |
| | _____ | | _____ | _____ |
| | _____ | | _____ | _____ |

## Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

WICHTIG: Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ihre persönlichen Daten 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 Samenspende in unserem Institut durchzuführen. Im Verlauf der Samenspende 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 unverschlüsseltem 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 Daten (z.B. Überweisungen, Befunde, Verträge, etc.) an meine oben angegebene E-Mail-Adresse versenden darf.** Ich stimme einem Postversand zu. Sollten Sie nicht einverstanden sein, werden sämtliche Unterlagen ausschließlich persönlich an Sie übergeben, was die Samenspende erheblich verzögern bzw. erschweren kann.
**Ich bestätige durch meine Unterschrift, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und gebe mein Einverständnis zur DSGVO.**

_____ _____

Vor- und Nachname Datum, Unterschrift