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)

Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankengeschichte werden im Kinderwunschzentrum elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen gemäß FMedG §18 für 30 Jahre aufbewahrt werden und dürfen zuvor nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich eine Samenspende für unser Institut durchzuführen. Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuchen wir um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten!

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (z.B. Überweisungen, Befunde, Verträge, etc.) an meine oben angegebene E-Mail-Adresse versenden darf.
Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung von Daten 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 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.

_____ _____
Vor- und Nachname Datum, Unterschrift