



Vielen Dank, dass Sie sich bei der Berliner Samenbank GmbH als Samenspender bewerben. Wir bitten Sie, folgende Fragen **wahrheitsgetreu bzw. nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten**. Beantworten Sie einzelne Fragen mit „ja“, so führt dies nicht zum Ausschluss. Wir werden bei Eignung ggf. ergänzende Untersuchungen durchführen.

**Spender ID (Vergabe durch die BSB):** \_\_\_\_\_

### **Persönliche Daten**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Herkunft des Vaters \_\_\_\_\_

Herkunft der Mutter \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr Motiv zur Samenspende?**

**Persönliches Profil**

Größe (cm)	Gewicht (kg)
Haarfarbe <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> blond  <input type="checkbox"/> dunkelblond  <input type="checkbox"/> brünett  <input type="checkbox"/> braun  <input type="checkbox"/> schwarz  <input type="checkbox"/> rot         </div>	Haarstruktur <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> glatt  <input type="checkbox"/> gewellt  <input type="checkbox"/> lockig         </div>
Augenfarbe <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> blau  <input type="checkbox"/> braun  <input type="checkbox"/> grün  <input type="checkbox"/> blau/grau  <input type="checkbox"/> grün/braun         </div>	Konsumieren Sie Alkohol? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div> Wie oft?
Besteht Suchtgift- oder Tablettenmissbrauch? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div> Welche?	Rauchen Sie? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div> Anzahl/Tag:
Sind oder waren Sie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div> Weshalb?	Sind Sie adoptiert oder durch Gametenspende gezeugt worden? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja         </div>

Ausbildung/höchster Schulabschluss \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hobbys und Interessen \_\_\_\_\_

## Sexualverhalten

Haben oder hatten Sie eine der folgenden sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten:

HIV, Hepatitis B oder C, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Chlamydien, Genitalwarzen, Zytomegalie, Trichomonaden, Herpes oder sonstige? ☐ nein ☐ ja

Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie dem Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion ausgesetzt durch Homosexualität, Konsum harter Drogen oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partner/innen?

☐ nein ☐ ja

Wodurch? \_\_\_\_\_

## Reproduktive Vergangenheit

Haben Sie schon eine Schwangerschaft erzielt? ☐ nein ☐ ja

Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja

Geburtsjahre der Kinder: \_\_\_\_\_

Bedeutende Krankheiten Ihrer Kinder? ☐ nein ☐ ja

Welche? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Fehl-, Totgeburten oder plötzlichem Kindstod? ☐ nein ☐ ja

## Gesundheit

Nehmen Sie Medikamente?

☐ nein ☐ ja

Welche? \_\_\_\_\_

Wurden oder werden Sie mit menschlichen  
Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenhormon  
behandelt?

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

Welche? \_\_\_\_\_

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

☐ nein ☐ ja

Welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen  
Ausland?

☐ nein ☐ ja

Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal Blut, Thrombozyten oder Plasma  
gespendet?

☐ nein ☐ ja

Wann war die letzte Spende?

\_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Besteht eine der folgenden Erkrankungen bei **Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft**?  
 Bitte Zutreffendes ankreuzen und angeben, in welchem familiären Verhältnis die betroffenen Personen zu Ihnen stehen und in welchem Alter die Erstdiagnose gestellt wurde.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> Farbenblindheit     | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen  | <input type="checkbox"/> Depression oder Manie  |
| <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte  | <input type="checkbox"/> Down-Syndrom        | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose  | <input type="checkbox"/> Zystenniere            |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                 | <input type="checkbox"/> Lesch-Nyhan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Schizophrenie      | <input type="checkbox"/> Glaukom                |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Herzfehler       | <input type="checkbox"/> Arthritis           | <input type="checkbox"/> Hämophilie         | <input type="checkbox"/> Alzheimer-Krankheit    |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                | <input type="checkbox"/> Rheuma              | <input type="checkbox"/> Alkoholismus       | <input type="checkbox"/> Parkinson-Krankheit    |
| <input type="checkbox"/> Klumpfuß                    | <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie   | <input type="checkbox"/> Noonan-Syndrom         |
| <input type="checkbox"/> Rückenmarks-<br>fehlbildung | <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom      | <input type="checkbox"/> Drogensucht        | <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jacob (BSE) |
| <input type="checkbox"/> Erblindung                  | <input type="checkbox"/> Taubheit            | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I         |
| <input type="checkbox"/> Gicht                       | <input type="checkbox"/> Bloome-Syndrom      | <input type="checkbox"/> Sichelzellenanämie | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II        |
| <input type="checkbox"/> Kleinwüchsigkeit            | <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom | <input type="checkbox"/> Thalassämie        | <input type="checkbox"/> Turner-Syndrom         |
| <input type="checkbox"/> Allergien                   | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   |   |   |

Art der Erkrankung / Betroffene Person + Alter bei Erstdiagnose:

---



---

Weitere bedeutende Erkrankungen:

---

**Familienhistorie**

	Lebens- oder Sterbealter	Todesursache
Großvater (väterlich)		
Großmutter (väterlich)		
Großvater (mütterlich)		
Großmutter (mütterlich)		
Vater		
Mutter		
Geschwister		
Geschwister		
Geschwister		

**Für die Richtigkeit der Angaben verbürge ich mich.**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (Spender)**

Ich willige in die Speicherung meiner personenbezogenen Daten gemäß EU-DSGVO ein.

Eine Kopie meines Passes / Personalausweises darf zum Zwecke der Feststellung meiner Identität bei Folgeterminen sowie zum Ausschluss einer Verwechslungsgefahr, die im Rahmen unserer Leistungen zu gravierenden Folgen führen könnte, in meiner Akte verbleiben (Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

**Ich bin mit der Bearbeitung meiner gewonnenen Samenprobe zum Zwecke der Einstufung meiner Samenqualität einverstanden:**    ☐ ja   ☐ nein

Die heute gewonnene Probe wird nach ihrer Bearbeitung in jedem Fall vernichtet

**Ich bin mit der anonymisierten Verwendung meiner Daten zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden:** ☐ ja ☐ nein

**Datum**

**Unterschrift (Spender)**

Die Anamnese wurde mit dem Spender im Vertragsgespräch nochmal ausführlich besprochen und die Spendereignung dementsprechend eingeschätzt.

Ort, Datum

**Unterschrift Spender**

**Unterschrift (verantw. Arzt §8d TPG)**

### **Wie geht es weiter?**

Da die Spermien auch nach dem Einfrier-Auftauprozess noch einen ausgesprochen hohen Qualitätsmaßstab erfüllen müssen, sind leider nur 4-8% der Bewerber als Spender geeignet.

Ist Ihre Probespende geeignet, folgen eine Blutentnahme und eine Urinabgabe, um Infektionen auszuschließen. Sind auch diese Werte in Ordnung, kann bei einem weiteren Termin der Vertrag geschlossen werden. Der Vertrag des Samenspenders klärt dessen rechtliche Stellung und regelt das Samenspenden, die Gesundheitskontrollen sowie die Vergütung. Nach erfolgreichem Vertragsabschluss beginnt die regelmäßige Spendetätigkeit.

Die Spendetätigkeit erfolgt häufig wöchentlich über mehrere Monate. Bitte beachten Sie, dass zu jeder Spende eine sexuelle Karenz (Enthaltsamkeit) von 3-5 Tagen eingehalten werden muss (d.h. der letzte Samenerguss muss 3-5 Tage zuvor erfolgt sein), vor jeder Spende eine Urinprobe aus Erststrahlurin abgegeben werden und nach jeder Spende eine Blutentnahme erfolgen muss.

Bitte erkundigen Sie sich nach der Probespende unter Angabe Ihrer Spendernummer per Telefon nach den Ergebnissen des heutigen Tages (030 301 88 83).

Wie drücken Ihnen und uns die Daumen!!!!

Die Berliner Samenbank

