

## SOP Fertilitätserhalt: Aufklärungsbogen Männer

Adressaufkleber

**Sehr geehrter Herr .....**

bei Ihnen wurde eine Erkrankung festgestellt, die mit zellabtötenden Medikamenten (z.B. Zytostatika, Antikörper etc.) ggf. kombiniert mit einer Bestrahlung oder nur mit einer ionisierenden Bestrahlung behandelt werden soll. Wie Ihnen Ihre behandelnde Ärztin/Arzt mitgeteilt hat, kann es durch die zellabtötende Behandlung in Abhängigkeit der verabreichten Dosis zu einer nachhaltigen Zerstörung der Spermienproduktion kommen. Gerade bei Patienten mit noch bestehendem oder unerfülltem Kinderwunsch kann dies nach der erfolgreichen Behandlung der Krebserkrankung zu einer erheblichen Einschränkung der Fruchtbarkeit oder gar zur Unfruchtbarkeit führen.

Ist bei Ihnen die Familienplanung noch nicht abgeschlossen, gibt es sehr gut etablierte Maßnahmen, die Ihnen eine realistische Chance auf eine spätere Vaterschaft bieten. Beim Mann sind dies das Einfrieren (Kryokonservierung) von Spermien und /oder Hodengewebe.

Falls Sie fertilitätsprotektive Maßnahmen erwägen, sollte eine zeitnahe Anbindung an einen dafür spezialisierten Bereich (Kinderwunschzentrum Bodensee, Dr. med. Andreas Heine, Hegau Tower, Maggistraße 5, 78224 Singen); Kontakt: Tel. 97731/ 91-29 99-0) erfolgen. Dort finden eine ausführliche Beratung bzgl. des Risikos einer dauerhaften Schädigung der Keimdrüsen und die möglichen therapeutischen Möglichkeiten zum Erhalt der Fruchtbarkeit statt. Sollte eine Maßnahme zur Schutz der Fruchtbarkeit sinnvoll sein, so wird umgehend eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden.

Informationsblätter händigen wir Ihnen gerne aus. Eine genaue Darstellung der Möglichkeiten eines Fertilitätserhalts und eine Vielzahl weiterer wichtiger Informationen finden Sie auch auf der Homepage des Netzwerks Androprotect (<https://www.urologenportal.de/patienten.html>)

***Ich bin von Dr. .... über die Gefahr der Einschränkung meiner Fruchtbarkeit und über die Möglichkeit der Anwendung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen informiert worden.***

- Ich wünsche die Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum zur detaillierten Beratung und Inanspruchnahme von fertilitätserhaltenden Maßnahmen.
- Ich wünsche keine keine fertilitätserhaltenden Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.
- Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.
- Ich wünsche keine Kopie des Aufklärungsbogens.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum/Uhrzeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bzw. der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/ der Ärztin