

Anmeldeformular Patient:innen

Personalien

Frau Mann

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Aufgebot

Zuweisung an das reproduktionsmedizinische Team

Zuweisung direkt an: Dr. med. Florian Götze

Dr. med. Adriana Peric

Dr. med. Eva Müller-Stucki

Dr. med. Anjara Jung

Prof. Dr. med. Bruno Imthurn

Reguläres Aufgebot

Dringliches / bevorzugtes Aufgebot

Die Patientin wird sich selber melden

Mit einer schriftlichen Anmeldung können wir die prompte Rücküberweisung nach Bestätigung einer klinischen Schwangerschaft sowie die rasche Übermittlung der ärztlichen Behandlungsberichte gewährleisten. Bitte übermitteln Sie uns relevante Laborbefunde vorgängig, um kostspielige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Diagnose / Anamnese / Medikamente

Bemerkungen / Allergien / Risikofaktoren / spezielle Fragestellung

Ärztliches Erstgespräch

Sterilität / Infertilität

Zweitmeinung

Nur Diagnostik Frau

Abklärung tubarer Faktor (HyCoSy)

Abklärung uteriner Faktor (Office HSK o. Narkose)

Endometriumbiopsie: Immunhistochemie

Endometriumbiopsie: NGS (ERA, ALICE, EMMA)*

Nur Diagnostik Mann

Basis-Spermiogramm (WHO)

+ DNA- Fragmentationstest

Therapie

In Vitro Fertilisation IVF / ICSI

PGT-A Präimplantationsdiagnostik
Indikation Screening: Alter > 35 J., Aborte

PGT-M, PGT-SR Präimplantationsdiagnostik
bei bekannter genetischer Belastung

Insemination

Stimulation & Insemination durch 360 AG

im Satellitenmodell (Stim. bei Zuweiser, IUI durch 360 AG)

extern (Spermien Aufbereitung in 360 AG, IUI bei Zuweiser)

Fertilitätserhalt

Frau - Kryokonservierung Oozyten/ Social Freezing

Mann - Kryokonservierung Spermien

Datum

Unterschrift

Stempel

Checkliste relevante Laborbefunde

(360° Standard)

Block

Parameter

Basis Screening Frau

- > Hormonprofil (2-5 ZT)*
- > **Präkonzeptions-Screening**
- > Alle Frauen

AMH
FSH*
LH*
Estradiol (E2)*
TSH basal
Prolaktin*
DHEA-S*

Freier-Androgen-Index, FAI (Testosteron gesamt +SHGB)*
Ferritin (+ CRP)
BG + Rh

Serologien Frau

- > STD-Screening (Gültigkeit 24 Monate)
- > **Präkonzeptions-Screening (einmalig)**
- > **Screening tubare RF (einmalig)**
- > Alle Frauen (Screening)

Hepatitis B (HBV) HBs-Antigen
Hepatitis B (HBV) Anti-HBc IgG/IgM
Hepatitis C (HCV) Anti-HCV IgG
HIV 1/2 Screening
Lues TPHA

Rubeolen Titer
Varizellen Titer
Anti HBs-AK Titer
Chlamydia trachomatis AK (IgG,IgA)

Serologien Mann

- > STD-Screening
- > Obligatorisch bei IUI/ IVF, ICSI
oder Kryokonservierung
- > Gültigkeit 24 Monate

Hepatitis B (HBV) HBs-Antigen
Hepatitis B (HBV) Anti-HBc IgG/IgM
Hepatitis C (HCV) Anti-HCV IgG
HIV 1/2 Screening
Lues TPHA

Vor uteriner Manipulation

- > vor IUI / ET
- > vor Hydrosono*, HyCoSy*, Office HSK*

Chlamydien PCR (Vaginalabstrich oder Erststrahlurin)
*Negativer SST am Tag der Diagnostik