



## Details zu Ihren Vorversuchen

**Familienname Frau:**  
**Vorname Frau:**

**Geburtsdatum:**

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

### 1. Welche Art von Kinderwunschbehandlung wurde durchgeführt?

BEHANDLUNG	Wie oft?	JAHR	Institut
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)			
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI) mit Spendersamen			
Kryoversuch			

### 2. Falls eine künstliche Befruchtung stattgefunden hat, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an (Mehrfachantworten möglich):

	JA	Anzahl
Behandlung abgeschlossen und Schwangerschaft erzielt.		
Behandlung abgeschlossen und keine Schwangerschaft erzielt.		
Es sind noch Embryonen in einem anderen Institut gelagert.		
Es konnte kein Embryotransfer durchgeführt werden, Ursache: <input type="checkbox"/> Abbruch vor Punktion (keine Eizelle(n) vorhanden) <input type="checkbox"/> Abbruch nach Punktion (es fand keine Befruchtung statt)		
Es kam zu einer hormonellen Überstimulation (OHSS).		

### 3. Haben Sie bei Ihren Kinderwunschbehandlungen Zusatzmethoden in Anspruch genommen?

a) zur Unterstützung der Befruchtung (z.B. pICSI, MACS, ...):

---

b) zur Unterstützung der Einnistung (z.B. Schlüpfhilfe, Embryoglu, ...):

---

c) genetische Untersuchungen (z.B. Polkörperdiagnostik, PID, ...):

---



## Details zu Ihren Vorversuchen

4. Geben Sie uns bitte weitere Informationen zu Ihren Vorversuchen, die für uns sehr wichtig sind:

DETAILS	1. VERSUCH	2. VERSUCH	3. VERSUCH
Anzahl der Eizellen			
Anzahl der befruchteten Eizellen			
Anzahl der transferierten Embryonen			
Anzahl der kryokonservierten Embryonen			
Kryoversuch	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA
Befruchtungsmethode	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI
<b>Zusätzliche Medikamente</b> als Ergänzung der hormonellen Stimulation	<input type="checkbox"/> Lovenox <input type="checkbox"/> Aprednisolon <input type="checkbox"/> Thrombo ASS <input type="checkbox"/> Proluton / Progesteron <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> Lovenox <input type="checkbox"/> Aprednisolon <input type="checkbox"/> Thrombo ASS <input type="checkbox"/> Proluton / Progesteron <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> Lovenox <input type="checkbox"/> Aprednisolon <input type="checkbox"/> Thrombo ASS <input type="checkbox"/> Proluton / Progesteron <input type="checkbox"/> weiß nicht

Gut zu wissen! 

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie sich Zeit genommen haben, uns diese detaillierten Informationen mitzuteilen. Diese Daten sind für Ihre Behandlung sehr wichtig und ermöglichen eine optimale Planung!