



Details zu Ihren Vorversuchen

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

BEHANDLUNGSTYP	Wie oft?	Jahr?	Mit Spendersamen?
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kryoversuch			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Eizell- oder Embryonenspende			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

	Behandlung 1	Behandlung 2	Behandlung 3	Behandlung 4
Institut (Wo?)				
Stimulationsmedikamente (Bitte Protokoll beifügen!)				
Datum des Versuches				
Anzahl der <u>Follikel</u> (Eibläschen)				
Anzahl der <u>reifen Eizellen</u>				
Anzahl der <u>befruchteten</u> Eizellen				
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	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI
<u>Anzahl</u> der transferierten Embryonen				
<u>Qualität</u> der transferierten Embryonen	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unbekannt
<u>Stadium</u> der transferierten Embryonen	<input type="checkbox"/> Tag 2/3 <input type="checkbox"/> Tag 4-6	<input type="checkbox"/> Tag 2/3 <input type="checkbox"/> Tag 4-6	<input type="checkbox"/> Tag 2/3 <input type="checkbox"/> Tag 4-6	<input type="checkbox"/> Tag 2/3 <input type="checkbox"/> Tag 4-6
Zusatzmethoden im Eizell- / Embryonalstadium z.B. Assisted Hatching, Embryogluue, etc.				
Genetische Untersuchung	<input type="checkbox"/> an der Eizelle <input type="checkbox"/> des Embryos	<input type="checkbox"/> an der Eizelle <input type="checkbox"/> des Embryos	<input type="checkbox"/> an der Eizelle <input type="checkbox"/> des Embryos	<input type="checkbox"/> an der Eizelle <input type="checkbox"/> des Embryos
Ergebnis des Versuches				
Kommentar				

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!

.....
Datum

.....
Unterschrift
(handschriftlich)