

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. Anjara Jung

☐ Prof. Dr. med. Bruno Imthurn

☐ Reguläres Aufgebot ☐ Dringliches / bevorzugtes Aufgebot ☐ Die Patientin wird sich selber melden

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*

*Selbstzahlerleistung

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](#)

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)
*SST am Tag der Diagnostik durch uns.