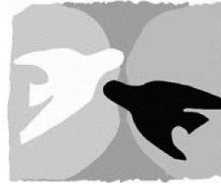


**Tabelle der bisher durchgeführten
Behandlungen der
„Assistierten Reproduktion“
IVF, ICSI, Kryo-Transfer**



Reproduktionsmedizin
München
Medizinisches
Versorgungszentrum
Partnerschaftsgesellschaft
Dr. Walter Bollmann
Dr. Thomas Brückner
Dr. Daniel Noss

Arzt für Laboratoriumsmedizin
Dr. Gerhard Noss

Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-bbn.de | www.ivf-bbn.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

- Bitte jeden durchgeführten Behandlungszyklus IVF oder ICSI oder Kryotransfer chronologisch angeben.
- Für jeden Behandlungszyklus eine eigene Tabelle ausfüllen.
- Wenn einzelne Punkte nicht beantwortet werden können, bitte „nicht bekannt“ eintragen
- Die Kryotransfer-Zyklen (d. h. die Übertragung der zuvor eingefrorenen Eizellen bzw. Embryonen) jeweils im Anschluss an die „nativen“ Behandlungszyklen angeben, aus denen die eingefrorenen Zellen stammten.

Zyklus Nr. 1	Fragen:	Angaben (falls nicht bekannt – bitte: „nicht bekannt“ eintragen)
	Datum der künstlichen Befruchtung (Eizellgewinnung oder Auftaudatum – evtl. nur Angabe von Monat/Jahr)	
	Behandlungszentrum	
	Art der künstlichen Befruchtung (IVF oder ICSI oder Kryo-Transfer) (Kryo-Transfer ist Auftauen von eingefrorenen Eizellen und Übertragung von Embryonen einige Tage später)	IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo <input type="checkbox"/>
	Art der hormonellen Stimulation (Angabe der Medikamente z.B.: Decapeptyl/Synarela/Puregon/ Gonol /Menogon/Ovitrelle/Predalon/Utrogest und andere) Bei Kryo-Transfer: Art der hormonellen Vorbereitung eventuell auch: Übertragung im natürlichen Zyklus ohne hormonelle Behandlung.	
	Anzahl (n) der gewonnenen Eizellen (bzw. bei Kryo: wie viele Eizellen wurden aufgetaut)	n=
	Anzahl (n) der befruchteten Eizellen nach IVF oder ICSI	n=
	Anzahl (n) der eingefrorenen befruchteten Eizellen	n=
	Anzahl (n) der übertragenen Embryonen	n=
	Anzahl der Tage der Embryo-Übertragung nach Eizellgewinnung (Transfer)	n=
	Zellteilungsstadium der übertragenen Embryonen	
	Eintritt einer Schwangerschaft? (Abort, Eileiter-SS, Geburt)	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/>
	Geburt: Kind gesund?	Spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
	Komplikationen bei der Behandlung	
	Fühlten Sie sich bei dieser Behandlung immer ausreichend informiert?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	Empfanden Sie diese Behandlung als eine starke seelische Belastung?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>