

Patienten-Daten

## Anmeldeformular

Gewünschte Leistung (bitte ankreuzen)

### Andrologie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Spermogramm                      | <input type="radio"/> Beratung vor Kryokonservierung von Spermien |
| <input type="radio"/> Beratung bei Spermigrammbefunden | <input type="radio"/> Spermien-Testaufbereitung (swim up)         |
| <input type="radio"/> Kontrolle nach Vasektomie        | <input type="radio"/> Testikuläre Spermienextraktion (TESE)       |

### Beratung / Abklärung / Behandlung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> mit Übernahme der Behandlung  | <input type="radio"/> Hirsutismus / Hyperandrogenämie / polycystisches Ovar-Syndrom |
| <input type="radio"/> Ungewollte Kinderlosigkeit  | <input type="radio"/> Abklärung Amenorrhoe / Regelanomalien                         |
| <input type="radio"/> Wiederholte Frühaborte  | <input type="radio"/> Beratung zur Antikonception                                   |
| <input type="radio"/> Postentzündliche Adhäsionen / Tubenverschluss / Unterbauchschmerzen | <input type="radio"/> Hormonersatztherapie in der Meno-/ Postmenopause              |
| <input type="radio"/> Endometriose / Adenomyose   | <input type="radio"/> Sexualtherapie / Gyn. Psychosomatik                           |
| <input type="radio"/> Myome   |   |

### Behandlung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> In Vitro Fertilisation (Beratung, Therapie)                 | <input type="radio"/> im Satellitenmodell (Stimulation durch Zuweiser) |
| <input type="radio"/> homologe intrauterine Insemination                          | <input type="radio"/> Social freezing (Beratung, Therapie)             |
| <input type="radio"/> Follikelstimulation / Ovulationsinduktion                   | <input type="radio"/> Beratung Transgendermedizin                      |
| <input type="radio"/> operative Therapie (OP an der Frauenklinik, HOCH St.Gallen) |  |

### Fertilitätserhalt

Diagnose: \_\_\_\_\_

Art und Beginn der Chemo-/Strahlentherapie: \_\_\_\_\_

### Mann:

- ☐ Kryokonservierung von Spermien
- ☐ Besprechung Resultat durch YUNA HBc-Ak  
(wenn : HBs-Ag), HepC-Ak, HIV 1/2
- ☐ Kontrolle in \_\_\_\_ Monaten
- ☐ Serologien liegen bei
- ☐ Serologien werden im Vorfeld zugesendet

### Frau:

- ☐ Beratung und Therapie (insb. medical freezing, Ovar-PE, GnRH-Analoga)

### Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

**Priorität** ☐ dringlich ☐ normal (2 - 6 Wochen)

Auftraggeber / Stempel

Datum