



Patienten-Daten

Anmeldeformular

Gewünschte Leistung (bitte ankreuzen)

Andrologie

- Spermogramm
 - Spermogramm mit DNA-Fragmentation
 - Spermogramm mit CatSper-Test
- Beratung bei Spermogrammbefunden
- Kontrolle nach Vasektomie
 - 1. Kontrolle
 - 2. oder weitere Kontrolle
- Beratung vor Kryokonservierung von Spermien
- Spermien-Testaufbereitung (swim up)
- Testikuläre Spermienextraktion (TESE)

Beratung / Abklärung / Behandlung

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

Behandlung

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

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