



## Details zu Ihren Vorversuchen

Vorname Empfängerin:

Familienname Empfängerin:

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 Follikel (Eibläschen)				
Anzahl der reifen Eizellen				
Anzahl der befruchteten 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
Anzahl der transferierten Embryonen				
Qualität 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
Stadium 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 Empfängerin  
(handschriftlich)