

BEHANDLUNGSBOGEN

Test, Testine 31.12.1960 999999999	Therapie: 5. ICSI	Einwilligung Honorarvertrag KÜ	Indikation	X	Labor	Zyklus-Nr. 1	Abrechnung: GOÄ Kasse Privat Selbstz. unverh. 50%	KINDERWUNSCHZENTRUM ALTONAER STRASSE Altonaer Str. 59 D-20357 Hamburg Tel 040-3068 36-0 Tel 040-3068 36-91(Labor) Fax 040-3068 3669 info@ivf-hamburg.de
von Testmark, Otto 01.01.1911	IVF <input checked="" type="checkbox"/>		tubar <input checked="" type="checkbox"/>	androl. <input type="checkbox"/>	Oocyten gewonnen <input type="checkbox"/>	Blastomere		
Tel:	ICSI <input type="checkbox"/>		idiopath. <input type="checkbox"/>	Fertiprotekt <input type="checkbox"/>	Oocyten fertilisiert <input type="checkbox"/>			
	PKD <input type="checkbox"/>		♀ HIV/Hep BC <input type="checkbox"/>	♂ HIV/Hep BC <input type="checkbox"/>	Embryos transferiert <input type="checkbox"/>	PN-Zellen kryokons. <input type="checkbox"/>		
	TESE <input type="checkbox"/>	AMH: <input type="text"/>	Gew. 80 kg	Spermienzahl [Mio.] <input type="text"/>	Swim-up <input type="text"/>	Beh. Arzt:		
	KRYO <input type="checkbox"/>	Größe 167 cm		Progr. Motilität [%] <input type="text"/>	Gradient <input type="text"/>	Zuweiser:		

bisherige Schw.: Gravida: 2 Para: 1	Dauermedikation:	Zusatzmaßnahmen:
Bemerkung:	Spermagewinnung:	Diagnosen: ♀ keine., ♂ Azoospermie ausgenommen Sterilisation, eingeschränktes Spermogramm

Letzte Periode:	Datum	16 04	17 04	18 04	19 04	20 04	21 04	22 04	23 04	24 04	25 04	26 04	27 04	28 04	29 04	30 04	01 05	02 05	03 05	04 05	05 05	06 05	07 05	08 05	09 05	10 05	11 05		
	Wochentag	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
	Zyklustag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
	Ereignisse							FP		ET																			
Medikamente und Anwendungsart:																													
Menogon HP 75 IE, Amp subcutan			1	2	3	3	3																						
Puregon Pen à 900 IE, IU subcutan			1																										
Utrogest 100 mg, Kps. 3x2 vaginal										6	6	6	6	6	6	6	6	6	6										
Orgalutran, Amp subcutan							1																						
Estrifam 2 mg, Tbl 3x1 oral									3	3	3	3	3	3	3	3	3	3											
Rechts																													
Follikel, Anzahl																													
1. LF (mm)																													
2. LF (mm)																													
Links																													
Follikel, Anzahl																													
1. LF (mm)																													
2. LF (mm)																													
Endometrium																													
(mm)																													
Estradiol (pg/ml)																													
LH (mIU/ml)																													
Progesteron (ng/ml)																													
HCG (mIU/ml)																													