

Patientin:

Partner (Spender):

<p>Patientin (ggf. Aufkleber)</p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Patientennummer:</p> <p>Fallnummer:</p>	<p>Partner (ggf. Aufkleber)</p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Patientennummer:</p> <p>Fallnummer:</p>
---	---

Indikation zur Immuntherapie (bitte immer ankreuzen)

- Ungeklärte Sterilität (mind. 3 Embryotransfers nach IVF / ICSI ohne Nachweis einer Implantation oder mit Frühaborten)
- Primäre habituelle Aborte (mind. 3 Frühaborte nach Spontanschwangerschaft, keine über die 16. SSW hinausgehende Gravidität mit dem gleichen Partner)

Kontraindikationen (bei Vorliegen ankreuzen)

Patientin

- Antiphospholipid-Antikörper
- Autoimmunerkrankung
- Bestehende Schwangerschaft

Partner (= Blutspender)

- Maligne Neoplasie in der Anamnese
- Chron. entzündliche Darmerkrankung
- Chron. Infektionskrankheit

Weitere Kontraindikationen bestehen nicht bzw. sind unter Bemerkungen nachfolgend aufgeführt.

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Datum

Name Gynäkolog*in

Unterschrift Gynäkolog*in

Praxis-/Klinikstempel