

Patientin:
Partner (Spender):

Patientin (ggf. Aufkleber) Name: Vorname: Geburtsdatum: Patientennummer: Fallnummer:	Partner (ggf. Aufkleber) Name: Vorname: Geburtsdatum: Patientennummer: Fallnummer:
---	---

Indikation zur Immuntherapie (bitte immer ankreuzen)

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

Kontraindikationen (bei Vorliegen ankreuzen)

- Antiphospholipid-Antikörper
- Autoimmunerkrankung
- Bestehende Schwangerschaft

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

Bemerkungen:

.....

Bei Blutentnahme zur Voruntersuchung beim Gynäkologen

- Unterlagen ausgehändigt** (2x Gesundheitsfragebogen, 1x Aufklärung/Einwilligung, 2x Einwilligung HIV)

Aufklärung durch Gynäkologen über

- Unverträglichkeitsreaktionen (Fieber, Schüttelfrost, Kreislaufschwäche)
- Infektionsrisiken (u.a. Verschieben der Behandlung bei Infekten des Partners)
- Gefahr der Alloimmunisierung mit ggf. behandlungsbedürftigen Folgen für den Feten sowie Einschränkung bei Transfusion von Blutkomponenten bei der Patientin
- Einschränkung bei der Spenderauswahl bei ggf. notwendig werdenden Organtransplantationen
- Infekterologische Labordiagnostik einschl. HIV-Test bei beiden Partnern
- Ablauf der Behandlung:
 (08:00h Untersuchung beider Partner und Schwangerschaftstest aus Urin der Patientin, 08:30h Blutentnahme beim Partner, ca. 15:00h intracutane Applikation der Zellen bei der Patientin incl. ggf. notwendiger Rhesus-Prophylaxe, ca. 16:30h Behandlungsende. Crossmatch nach 4 Wochen, 2. Behandlung nach 8-12 Wochen.)

.....

Datum

Name Gynäkologe/in

Unterschrift Gynäkologe/in

Praxis-/Klinikstempel