

**Patientin:**
**Partner (Spender):**

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

**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:** .....

.....

**Bei Blutentnahme zur Voruntersuchung beim\*bei der Gynäkolog\*in**

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

**Aufklärung durch Gynäkolog\*in 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 Beteiligten
- Ablauf der Behandlung:  
 (08:00h Untersuchung beider Beteiligten 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 Gynäkolog\*in

Unterschrift Gynäkolog\*in

Praxis-/Klinikstempel