

**Bitte bieten Sie folgenden Patienten auf:**

- fertisuisse Olten     fertisuisse Basel

**Patientin/Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Es geht um:**

- Kinderwunsch
- Untersuchung der Eileiterdurchgängigkeit (Hysterokontrastsalpingografie)
- Fertilitätsreserve vor onkologischer Therapie (der Patient/die Patient erhält einen Termin innerhalb von 48 Stunden)
- Social freezing
- Gynäkologische Endokrinologie
- Kontrazeption
- Andrologie
- Sexualtherapie
- Counselling/Psychotherapie
- Operationsbesprechung
- Zweitmeinung
- Aktenkonsil: Bitte Krankenkassendaten mitsenden.
- Ernährungsberatung (durch Oviva)
- Traditionell Chinesische Medizin (TCM)
- Sonstiges

**Anamnese/Befunde/Bemerkungen**

**Bitte schicken Sie uns Kopien von bereits durchgeführten Untersuchungen, Operationsberichte etc.  
per email: [info@fertisuisse.ch](mailto:info@fertisuisse.ch) per Fax Olten: +41 62 287 20 09 per Fax Basel: +41 61 287 30 09**

---

---

---

---

**Ärztin/Arzt**

Name und Adresse Ärztin/Arzt (oder Stempel):

---

---

---