

Anmeldung zur intrauterinen Inseminationstherapie

fertisuisse Olten fertisuisse Basel

Angaben zur Partnerin:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel: _____ email: _____

Angaben zum/zur Partner(in):

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Datum des ersten Zyklustages: _____

Protokoll

Low dose Gonadotropinstimulation (Medikament: _____)

natürlicher Zyklus

Letrozol

Sonstiges

Bitte scannen Sie die Dokumente: Kostengutsprache, Einwilligung der Patienten und Off Label use Letrozol und die Serologien beider Partner und mailen sie die Dokumente in pdf Format an: info@fertisuisse.ch. Bei mehr als zwei Follikeln >14mm: fertisuisse Tagesarzt telefonisch (079 552 05 31) vor 13:00 Uhr informieren.

Telefonische Erreichbarkeit bei Fragen via: Diensttelefon (079 552 05 31) zwischen 13:00 und 13:30 Uhr.

Checkliste für die Anmeldung bei Zyklusbeginn:

Partnerin:

- Serologien: HIV-Screening, HCV Ak, HBsAg, HBcAk, Lues, Chlamydien IgG/IgA (nicht älter als 12 Monate)
Im Falle von positiven Chlamydien Antikörpern: Resultat des Zervixabstrichs (PCR Chlamydien und Gonokokken)
- Kostengutsprache für IUI falls keine Selbstzahlerleistung
- Unterzeichnete Einwilligung beider Partner für die intrauterine Insemination (fertisuisse Formular)

Partner(in):

- Serologien: HIV-Screening, HCV Ak, HBsAg, HBcAk, Lues (nicht älter als 12 Monate)

Sonstiges: