

---

Ovarielle Stimulation durch externe Ärzte und Ärztinnen

---

Paar

Name Vorname, geboren am

Name Vorname, geboren am

Adresse:

Telefon:

Email:

Geplante Therapie: Intrauterine Inseminationstherapie

---

Ultraschallbefund

Datum der Ultraschalluntersuchung:

Endometriumdicke in mm:

Die Struktur ist trilaminar:

Ja

Nein

Bemerkungen zum Endometrium:

Anzahl und Grösse der Follikel rechts

≥ 20 mm

19 mm

18 mm

17 mm

16 mm

15 mm

14 mm

13 mm

12 mm

Anzahl und Grösse der Follikel links

>20 mm

19 mm

18 mm

17 mm

16 mm

15 mm

14 mm

13 mm

12 mm

Estradiol: pmol/l

Progesteron: nmol/l

LH: U/l

---

Falls mehr als zwei Follikel grösser als 14mm sind, bitten wir Sie via Diensttelefon 079 552 05 31 Kontakt mit uns aufzunehmen.