

Fachinstitut fiore

 Brauerstrasse 95
 9016 St. Gallen

Patientendaten:

Gewünschte Leistung (bitte ankreuzen)
Andrologie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spermogramm | <input type="checkbox"/> Beratung vor Kryokonservierung von Spermien |
| <input type="checkbox"/> Beratung bei Spermigrammbefunden | <input type="checkbox"/> Spermien-Testaufbereitung |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Vasektomie | <input type="checkbox"/> Testikuläre Spermienextraktion (TESE) |

Beratung / Abklärung / Behandlung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Übernahme der Behandlung | <input type="checkbox"/> Hirsutismus / Hyperandrogenämie /
polycystisches Ovar-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Ungewollte Kinderlosigkeit | <input type="checkbox"/> Abklärung der Amenorrhoe / Regelanomalien |
| <input type="checkbox"/> Wiederholte Frühaborte | <input type="checkbox"/> Beratung zur Antikonzeption |
| <input type="checkbox"/> Postentzündliche Adhäsionen /
Tubenverschluss / Unterbauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie in der Meno-/
Postmenopause |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie / Gyn. Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> Myome | |

Behandlung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> In Vitro Fertilisation | <input type="checkbox"/> im Satellitenmodell (Stimulation durch Zuweiser) |
| <input type="checkbox"/> homologe intrauterine Insemination | <input type="checkbox"/> Transport-IVF (nur Punktion extern) |
| <input type="checkbox"/> Follikelstimulation / Ovulationsinduktion | <input type="checkbox"/> Transport-IVF (Punktion und Transfer extern) |
| <input type="checkbox"/> operative Therapie (OP an der Frauenklinik, Kantonsspital St.Gallen) | |

Fertilitätserhalt

Diagnose: _____

Art und Beginn der Chemo-/Strahlentherapie:

- | | | |
|-------|---|---|
| Mann: | <input type="checkbox"/> Kryokonservierung von Spermien | <input type="checkbox"/> Kontrolle in ____ Monaten |
| | <input type="checkbox"/> Besprechung Resultat durch fiore | <input type="checkbox"/> liegen bei |
| | <u>HBc-Ak (wenn ⊕: HBs-Ag), HepC-Ak, HIV 1/2</u> | <input type="checkbox"/> werden im Vorfeld zugesendet |
| Frau: | <input type="checkbox"/> Beratung und Therapie | |

Bemerkungen: _____

Priorität dringlich normal (2 – 6 Wochen)

Auftraggeber (Stempel)

Datum