



## Sehr geehrte Frau Kollegin ! Sehr geehrter Herr Kollege !

Bei Zuweisung von Patienten mit unerfülltem Kinderwunsch bitten wir Sie herzlich, Ihren Patienten folgende Befundberichte bzw. Bescheinigungen mitzugeben. Diese sollten möglichst nicht länger als 6 Monate zurückliegen. Dadurch ist es möglich, die Aufnahme in das jeweilige Therapiekonzept zu beschleunigen, und unnötige Doppeluntersuchungen können vermieden werden:

Datum:.....

für Frau ..... geb. am:  
wohnhaft .....

und Herrn ..... geb. am:  
wohnhaft .....

**serologische Untersuchungen bei der Frau:**

- |   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| • TPHA  | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie:        |
| • Hepatitis B: HbsAg, AntiHBc                                       | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • Hepatitis C (anti-HCV):   | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • HIV-Status: (Anti-HIV I+II)                                       | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • Varzellenschutz IgG   | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Impfung am ..... |
| • 2x Rötelnimpfung oder Rötelschutz (Röteltiter IgG: ..... am ..... |                              |   |
| • Pertussisimpfung  | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Impfung am ..... |

**Abstriche von der Vagina der Frau**

- |                                |                              |  |
|--------------------------------|------------------------------|--|
| • Mykologie ggf. Bakteriologie | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie: |
|--------------------------------|------------------------------|--|

**Urinanalyse der Frau**

- |                           |                              |  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| • Chlamydien LCR aus Urin | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie: |
|---------------------------|------------------------------|--|

**Bei PCO-Syndrom mit V.a. metabolisches Syndrom:**

- Bestimmung von Proinsulin, Insulin und Glucose nüchtern  
→ HOMA-Index: ..... (Glucose (in mmol/l) x Insulin (in µUI/ml) / 22,5) (Norm <2)

---

**serologische Untersuchung beim Mann:**

- |                               |                              |   |
|-------------------------------|------------------------------|---|
| • Hepatitis B: HbsAg, AntiHBc | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • Hepatitis C (anti-HCV):     | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • HIV-Status: (Anti-HIV I+II) | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos                    |
| • Pertussisimpfung            | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Impfung am ..... |

**Untersuchung des Ejakulates:**

- |                           |                              |  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| • Mykoplasmen             | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie: |
| • Bakteriologie/Mykologie | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie: |

**Urinanalyse beim Mann**

- |                           |                              |  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| • Chlamydien LCR aus Urin | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos → Therapie: |
|---------------------------|------------------------------|--|

---

**Bei ausgeprägter Fertilitätsstörung:**

- Humangenetische Beratung des Paares ggf. mit Chromosomenanalyse

**Vielen Dank für Ihre Hilfe und die gute Kooperation  
Ihr Team IVF-SAAR Saarbrücken-Kaiserslautern**