

Bericht zur Frage nach Fortführung einer Kryokonservierung für weitere 5 Jahre

Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Berichtsdatum: _____

1. Grund für die initiale Kryokonservierung:

Hodenkarzinom	Kolorektales Karzinom	Rektumkarzinom
Hodgkin-Lymphom	Non-Hodgkin-Lymphom	Leukämie
Ewing-Sarkom	Osteosarkom	Melanom
Ovarialkarzinom	Mammakarzinom	Andere _____
Rheumatische Erkrankung mit Stammzellentransplantation		

2. Hat der / die Patient/in eine Chemotherapie erhalten, die zu fortbestehender Unfruchtbarkeit führt?

Ja

Nein

3. Hat der / die Patient/in eine Radiotherapie erhalten, die zu fortbestehender Unfruchtbarkeit führt?

Ja

Nein

4. Beurteilung der Fortführung der Kryokonservierung:

Eine Fortführung der Aufbewahrung ist aus medizinischer Sicht weiterhin indiziert

Kurze Begründung: _____

Eine Fortführung der Aufbewahrung ist aus medizinischer Sicht nicht mehr indiziert

5. Zusätzlich einzureichende Berichte:

Bei Männern:
Spermiogramm

Bei Frauen:
Blutwerte: AMH und FSH
Befund Ultraschall der Eierstöcke

6. Ärztlicher Ansprechpartner: _____

Tel.: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Den Bericht bitte an die folgende E-Mail-Adresse senden: andrologie.labor@usz.ch