

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur fehlerfreien Befundübermittlung bitten wir um folgende Angaben:

Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

Hormonelle Stimulation (bitte zutreffendes eintragen):

Präparat	Zyklustag																				→
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ClomifenCitrat 50 mg																					
Letrozol 2.5 mg																					
Gonadotropine IU																					
Lutrepulse µg																					

Ultraschallbefund am: _____ = ____ Zyklustag

Endometrium: _____ mm

Follikelgröße (bitte Mittelwert von 2 Durchmessern)	
Ovar rechts	Ovar links
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Ovulationsinduktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Ovitrelle:
- HCG

am: _____ um _____ Uhr

Wochentag, Datum

Geplante Insemination

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag

Vielen Dank und mit freundlichen, kollegialen Grüßen
Dr. med. Wohlers / Prof. Dr. med. Bielfeld / N. Nassar / Dr. med. Nora Holtmann



Zentrum für Reproduktionsmedizin

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Susanne Wohlers
Prof. Dr. med. Peter Bielfeld
Najib N. R. Nassar
Dr. med. Nora Holtmann

Hauptbetriebsstätte:

Akazienallee 8-12, **45127 Essen**
Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

Nebenbetriebsstätte:

Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**
Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

info@ivfzentrum.de
www.ivfzentrum.de

Ärztehotline: 0201 / 29 4 29 - 29