



Wird von Prüferärztin / Prüferarzt ausgefüllt:

Diagnose	(Vorläufige) Diagnose	
	Korrekte Diagnose ergänzen (auf Englisch mit ICD-10-Code)	<i>(Bitte siehe Diagnoseliste)</i>

Maßnahmen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit	GnRH-Analoga			
	GnRH-Analoga	<input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein		
	Eizellen, Zygoten oder Embryonen			
	Kryokonservierung	<input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein		
	Stimulationszyklen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> > 2		
	Gesamtzahl der kryokonservierten	<input type="radio"/> Eizellen: _____	<input type="radio"/> Zygoten: _____	<input type="radio"/> Embryonen: _____
	Komplikationen	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Vaginale Blutung	<input type="radio"/> Intraabdominelle Blutung
		<input type="radio"/> Verletzung des Darms	<input type="radio"/> Peritonitis	<input type="radio"/> Erforderte eine Operation
		<input type="radio"/> Führte zu einer Krankenhauseinweisung		
		<input type="radio"/> Andere, welche: _____		
Ovargewebe				
Kryokonservierung	Vor der Entfernung von Eierstockgewebe muss Blut für die AMH-Analyse entnommen werden. <input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein			
Entfernte Menge	<input type="radio"/> < 1 Ovar	<input type="radio"/> 1 Ovar	<input type="radio"/> > 1 Ovar	
Komplikationen	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Blutung	<input type="radio"/> Infektion	
	<input type="radio"/> Erforderte eine Operation	<input type="radio"/> Führte zu einer Krankenhauseinweisung		
	<input type="radio"/> Andere, welche: _____			
Transposition der Ovarien				
Transposition	<input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein			
Komplikationen	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Blutung	<input type="radio"/> Infektion	
	<input type="radio"/> Erforderte eine Operation	<input type="radio"/> Führte zu einer Krankenhauseinweisung		
	<input type="radio"/> Andere, welche: _____			
Verzögerung				
Verzögerung der onkologischen Therapie mehr als 1 Woche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			

AMH	Blutwerte	
	Datum der Blutuntersuchung	_____
AMH-Konzentration	<input type="radio"/> pmol/L <input type="radio"/> ng/mL <input type="radio"/> Mikrogramm/L	_____



FertiTOX	Einwilligung erfolgt	
	Datum der unterzeichneten Einwilligungserklärung	_____ Min: 01.11.2023 Max: 31.12.2039

Patienten ID (intern)

Record ID (REDCap)