



Patienten-ID

Kann von Patientinnen ausgefüllt werden:

Studienzentrum	
Zentrum und Stadt	
Vorstellungsdatum	
Diagnose	
(Vorläufige) Diagnose	
Diagnosedatum	
Wissen Sie schon, wann die aktuelle Therapie abgeschlossen werden wird?	<input type="radio"/> Ja, ungefähr in wie vielen Monaten: <input type="radio"/> Nein
Grundinformation	
Geburtsjahr	(Bitte nur das Jahr)
Größe (cm)	
Gewicht (kg)	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie einen festen Partner?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Fruchtbarkeit	
Haben Sie eigene Kinder?	<input type="radio"/> Ja, Anzahl: 1 2 > 2 <input type="radio"/> Nein Alter des ersten Kindes: Jahre alt Alter des zweiten Kindes: Jahre alt Alter des dritten Kindes: Jahre alt
Unfruchtbarkeit	
Haben oder hatten Sie und/oder Partner unerfüllten Kinderwunsch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn „Ja“, was war die Ursache der Unfruchtbarkeit?	<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Beide <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Andere, welche:
Wenn „Ja“, welche Art von Unfruchtbarkeitsbehandlung wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> Programmierter Geschlechtsverkehr <input type="radio"/> Stimulation der Eierstöcke und programmierter Geschlechtsverkehr <input type="radio"/> Intrauterine Insemination <input type="radio"/> IVF / ICSI <input type="radio"/> Andere, welche:
Parameter des Menstruationszyklus	
Menstruationszyklus <i>(in den letzten 3-6 Monaten)</i>	<input type="radio"/> Regelmäßig (21–35 Tage) <input type="radio"/> Regelmäßig (aufgrund von Hormonen, z. B. orale Kontrazeptiva und Hormonersatztherapie) <input type="radio"/> Unregelmäßig (Oligomenorrhoe, Polymenorrhoe usw.) <input type="radio"/> Amenorrhoe = keine oder seltene Blutung (aufgrund einer vorzeitigen Ovarialinsuffizienz) <input type="radio"/> Amenorrhoe (aus anderen Gründen: Schwangerschaft, Stillzeit, Hormonbehandlung usw.)
Tag des Menstruationszyklus, an dem die Blutuntersuchung durchgeführt wurde	<input type="radio"/> Tag 1-5 <input type="radio"/> Nach Tag 5 <input type="radio"/> Kann nicht angegeben werden (Amenorrhoe etc.) <input type="radio"/> Unbekannt





Wird von Prüfer:in / Arzt:in 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)