



Patienten-ID

Kann von Patienten 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	<i>(Bitte nur das Jahr)</i>
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:




Wird von Prüferärztin / Prüferarzt ausgefüllt:

(Vorläufige) Diagnose	
Diagnose	<p>Korrekte Diagnose ergänzen (auf Englisch mit ICD-10-Code)</p> <p style="text-align: right;"><i>(Bitte siehe Diagnosenliste)</i></p>

Spermien	
Maßnahmen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit	<p>Kryokonservierung</p> <p><input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein</p>
	<p>Anzahl der Ejakulatproben</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 > 5</p>
Hodengewebe	
	<p>Kryokonservierung</p> <p><input type="radio"/> Ja, Datum: _____ <input type="radio"/> Nein</p>
	<p>Komplikationen</p> <p><input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Blutung <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Andere, welche: _____</p>

Blutwerte	
Fruchtbarkeitsstatus vor der Behandlung	<p>Datum der Blutuntersuchung</p> <p>Zeitpunkt der Blutentnahme: idealerweise morgens, zwischen 8 und 12 Uhr.</p>
	<p>Testosteron-Konzentration</p> <p><input type="radio"/> nmol/L <input type="radio"/> ng/dL <input type="radio"/> Mikrogramm/L</p> 
Spermiogramm-Parameter	
	<p>Datum der Spermienanalyse</p>
	<p>Gesamtspermienzahl</p> <p style="text-align: right;">10⁶</p>
	<p>Spermienkonzentration</p> <p style="text-align: right;">10⁶/mL</p>
	<p>Motilität (WHO A+B)</p> <p style="text-align: right;">%</p>
	<p>Morphologie (Normalformen)</p> <p style="text-align: right;">%</p>



Einwilligung erfolgt	
FertiTOX	<p>Datum der unterzeichneten Einwilligungserklärung</p> <p>Min: 01.11.2023 Max: 31.12.2039</p>

Patienten ID (intern)

Record ID (REDCap)