

### Anmeldung zur intrauterinen Inseminationstherapie

fertisuisse Olten                       fertisuisse Basel

Angaben zur Partnerin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Angaben zum/zur Partner(in):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Datum des ersten Zyklustages: \_\_\_\_\_

Protokoll

- Low dose Gonadotropinstimulation (Medikament: \_\_\_\_\_)
- natürlicher Zyklus
- Letrozol
- Sonstiges

Telefonische Erreichbarkeit bei Fragen via:

Diensttelefon (079 552 05 31) zwischen 13:00 und 13:30 Uhr.

#### Checkliste für die Anmeldung bei Zyklusbeginn:

**Partnerin:**

- Serologien: HIV-Screening, HCV Ak, HBsAg, HBcAk, Lues, Chlamydien IgG/IgA (nicht älter als 12 Monate)

Im Falle von positiven Chlamydien Antikörpern: Resultat des Zervixabstrichs (PCR Chlamydien und Gonokokken)

- Kostengutsprache für IUI falls keine Selbstzahlerleistung
- Unterzeichnete Einwilligung beider Partner für die intrauterine Insemination (fertisuisse Formular)

**Partner(in):**

- Serologien: HIV-Screening, HCV Ak, HBsAg, HBcAk, Lues (nicht älter als 12 Monate)