

Admira Kinderwunschzentrum
Brunngasse 6
8400 Winterthur
Tel. 052 224 60 70
E-Mail admira@hin.ch



Anmeldung Fertilitätserhalt Frau

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Diagnose:

Geplante onkologische Therapie

Chemotherapeutika (bitte möglichst genaue Angaben):

Radiotherapie des kleinen Beckens: Ja nein

Dosis

Maximal mögliche Zeit für fertilitätserhaltende Massnahmen (für Kryokonservierung von Eizellen werden 16 Tage benötigt):

Gewünschte Leistung (bitte ankreuzen):

☐ Beratung und Therapie

☐ anderes: _____

Hinweis: Übernahme der Kosten Fertilitätserhalt (Kryokonservierung Ovargewebe oder Eizellen) durch die Krankenkasse: Bei postpubertären Jugendlichen und Frauen bis zum 40. Lebensjahr, die wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres bis hohes Risiko (>20%) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhoe aufweisen

Bemerkungen:

Auftraggeber: _____

Datum: _____