

Anmeldung Fertilitätserhalt Mann

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Diagnose:

Geplante onkologische Therapie

Operation Datum

Chemotherapeutika

Radiotherapie:

Maximal mögliche Zeit für fertilitätserhaltende Massnahmen:

Gewünschte Leistung (bitte ankreuzen):

- ☐ Beratung für Kryokonservierung von Spermien
- ☐ Kontrollspermiogramm nach onkologischer Therapie (in der Regel 1 Jahr nach Therapieabschluss empfohlen)
- ☐ anderes:

Hinweis: Kostenübernahme Fertilitätserhalt durch die Krankenkasse: Bei postpubertären Jugendlichen und Männern, die wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres bis hohes Risiko (>20%) einer therapiebedingten persistierenden Azoospermie aufweisen

Bemerkungen:

Auftraggeber: _____

Datum: _____