

Meldung des Therapieerfolges bei der Anwendung von Spendersamen
an

Praxis novum, Akazienallee 8-12, 45127 Essen, Andrologie Labor
Tel. 0201 29429 43, Fax 0201 29429 45, Email: andrologie@ivfzentrum.de

Praxis (PLZ, Ort, Tel.)

--

Verwendeter Spendersamen

Spender Nr.	Datum Spermagewinnung	Datum Versand	Für Patientin (Name, Vorname, Geb. Datum)

Art der Behandlung

<input type="checkbox"/> AID	<input type="checkbox"/> IVF	<input type="checkbox"/> ICSI
------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Angaben zur Behandlungsverlauf

<input type="checkbox"/> nicht schwanger	<input type="checkbox"/> schwanger
Voraussichtlicher Entbindungstermin:	

Eingang der Meldung bei Cryostore (Datum, Uhrzeit)	Eingang der Meldung bei Novum (Datum, Uhrzeit)
Entgegengenommen von:	Entgegengenommen von: