

**Überörtliche Gemeinschaftspraxis**

 Prof. Dr. med. Thomas Katzorke  
 Dr. med. Susanne Wohlers  
 Najib N. R. Nassar  
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld

**Hauptbetriebsstätte:**

 Akazienallee 8-12, **45127 Essen**  
 Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

**Nebenbetriebsstätte:**

 Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**  
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

[info@ivfzentrum.de](mailto:info@ivfzentrum.de)  
[www.ivfzentrum.de](http://www.ivfzentrum.de)




## Einverständnis zur Behandlung im Zusammenhang mit Covid-19 (Corona)

 Patientin: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_  
Vorname Name

 Partner/in: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_  
Vorname Name

Derzeit gibt es lediglich wenige Beobachtungen aber noch keine gesicherten Erkenntnisse zum Schwangerschaftsverlauf und Gesundheit der Kinder in Zusammenhang mit einer Erkrankung an Covid-19. Zudem ist die medizinische Versorgung bei planbaren Behandlungen möglicherweise beeinträchtigt und das Risiko im Falle von Komplikationen höher als sonst. Daher empfehlen einige Fachgesellschaften, den Behandlungsbeginn zu verschieben oder im Falle einer IVF/ICSI sämtliche Vorkernzellen oder Embryonen einzufrieren und den Embryo-Transfer auf einen späteren Zeitpunkt zu planen. Derzeit sind keine Impfstoffe zur Anwendung in der Schwangerschaft zugelassen.

Nach eingehender ärztlicher Aufklärung entscheide ich mich aufgrund der Pandemie-Situation für die folgende Vorgehensweise:

Bitte nur 1x ankreuzen!	Entscheidung	
<input type="checkbox"/>	Ich wünsche einen sofortigen <b>Abbruch</b> der laufenden Behandlung	
<input type="checkbox"/>	Fortsetzung wie geplant <b>ohne Änderungen</b>	
<input type="checkbox"/>	(nur bei IVF/ICSI) Eizellentnahme ja, aber <b>alles einfrieren</b> und kein Embryo-Transfer in diesem Zyklus	

Bemerkungen:

**Bitte die folgenden Fragen - sofern zutreffend - beantworten**
 Ich habe **Kontakt** mit Personen mit bestätigter Sars-Cov-2-Infektion innerhalb der letzten 14 Tage gehabt.

**Hinweis:** Bei Aufenthalt in einem **Risikogebiet** gemäß des RKI (Robert Koch Instituts) in den letzten 14 Tagen ist ein **aktueller PCR-Test** auf Sars-Cov-2 vor medizinischen Eingriffen erforderlich (s. Rückseite).

 Bei mir wurde ein Corona-Test durchgeführt am: \_\_\_\_\_  
 Das Ergebnis füge ich bei.

 Ich habe eine Covid-19 Erkrankung durchgemacht und bin bereits genesen seit \_\_\_\_\_.  
 (Persönliche Termine frühestens nach 14 Tagen möglich.)

 **Patientin:** Ich habe bereits meine 1. Impfung erhalten am: \_\_\_\_\_ Präparat: \_\_\_\_\_  
 Ich habe bereits meine 2. Impfung erhalten am: \_\_\_\_\_ Präparat: \_\_\_\_\_  
 (Impfnachweis überprüft und dokumentiert am: \_\_\_\_\_ Kürzel: \_\_\_\_\_)

**Partner/in:** Ich bin bereits vollständig geimpft.  
 (Impfnachweis überprüft und dokumentiert am: \_\_\_\_\_ Kürzel: \_\_\_\_\_)

 \_\_\_\_\_  
Ort / Datum

 \_\_\_\_\_  
Ort / Datum

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin / Arzt

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Partner/in

**Überörtliche Gemeinschaftspraxis** : Prof. Dr. med. Thomas Katzorke  
 Dr. med. Susanne Wohlers  
 Najib N. R. Nassar  
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld  
 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

**Hauptbetriebsstätte:**  
 Akazienallee 8-12, **45127 Essen**  
 Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14  
**Nebenbetriebsstätte:**  
 Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**  
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15  
[info@ivfzentrum.de](mailto:info@ivfzentrum.de)  
[www.ivfzentrum.de](http://www.ivfzentrum.de)

## Patienteninformation zum SARS-CoV-2 PCR-Test / Rapid-Antigen-Test

**Ablauf:** Abstrich-Untersuchung von Nase und Rachen

Beim Rapid-Antigen-Test erfolgt die Auswertung bei novum. Das Ergebnis liegt nach 15 bis 30 Minuten vor. Auffällige Tests müssen dem Gesundheitsamt gemeldet und mittels PCR-Test bestätigt werden. Die Kinderwunschbehandlung muss nötigenfalls abgebrochen werden.

Beim PCR-Test werden die Abstrich-Röhrchen per Kurier zu einem externen Labor transportiert. Von dort werden Sie über das Ergebnis benachrichtigt (in der Regel innerhalb von 36 Stunden nach Eingang der Probe).

**Hinweis:** Alternativ dürfen Sie einen externen Befund mitbringen, wenn der Abstrich durch qualifiziertes Fachpersonal durchgeführt wurde. Der PCR-Test darf nicht älter als 48 Stunden, der Antigen-Test muss tagesaktuell sein.

**Kosten:** Falls keine Krankheitssymptome vorliegen, werden die Kosten der Untersuchung nicht von den Kostenträgern übernommen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten selbst tragen:

<b>Nasen- oder Rachenabstrich für SARS-CoV-2 Test</b> <small>(GOÄ: Ziffern 1, 5, A298 alle Faktor 2.3)</small>	<b>26,80 €</b>
<b>SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test</b> <small>(GOÄ: Ziffern 4648 Faktor 1.15; A245)</small>	<b>23,17 €</b>
	<b>49,97 €</b>

### Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich habe ein oder mehrere der folgenden Symptome:

<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	Hautausschlag
<input type="checkbox"/>	Trockener Husten	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinn
<input type="checkbox"/>	schwere Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Verfärbungen an Fingern oder Zehen

Ich (wir) habe(en) **keine** Symptome.  
(P.S.: Erste Symptome treten durchschnittlich 5-6, manchmal erst 14 Tage nach Infektion auf).

Ich (wir) bin (sind) mit der Durchführung eines Abstrichs einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin / Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Partner/in