

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur fehlerfreien Befundübermittlung bitten wir um folgende Angaben:

Patientin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Überörtliche Gemeinschaftspraxis** : **Hauptbetriebsstätte:**  
 Dr. med. Susanne Wohlers Akazienallee 8-12, **45127 Essen**  
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14  
 Najib N. R. Nassar **Nebenbetriebsstätte:**  
 Dr. med. Nora Holtmann Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**  
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15  
 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, [info@ivfzentrum.de](mailto:info@ivfzentrum.de)  
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin [www.ivfzentrum.de](http://www.ivfzentrum.de)

**Hormonelle Stimulation** (bitte zutreffendes eintragen):

Präparat	Zyklustag																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	→
ClomifenCitrat 50 mg																					
Letrozol 2.5 mg																					
Gonadotropine IU																					
Lutrepulse µg																					

Ultraschallbefund am: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_ Zyklustag

Endometrium: \_\_\_\_\_ mm

Follikelgröße (bitte Mittelwert von 2 Durchmessern)	
Ovar rechts	Ovar links
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**Ovulationsinduktion** (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ovitrille: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

HCG

Wochentag, Datum

**Geplante Insemination**

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag

Vielen Dank und mit freundlichen, kollegialen Grüßen  
 Dr. med. Wohlers / Prof. Dr. med. Bielfeld / N. Nassar / Dr. med. Nora Holtmann

**Ärzteline: 0201 / 29 4 29 - 29**