

Hormone

Personen-ID - -
Zentrum Familie Mitglied

Wurden oder werden Stimulationsbehandlungen durchgeführt? ja nein unbek.

Wurden oder werden Hormone eingenommen? ja nein unbek.

falls Durchführung von Stimulationsbehandlungen: genauere Angaben

Anzahl unbek.

Alter bei Beginn Jahre unbek.

Art der Behandlung Clomifen HMG + HCG andere unbek.

falls andere Art der Stimulationsbehandlung: welche? unbek.

falls Einnahme von Hormonen: genauere Angaben zu eingenommenen Substanzen

| Lfd-Nr. | Beginn: Datum | Beginn: Alter | Dauer | Information | |
|---------|---|--|---|---|--|
| 1 | <input type="radio"/> genau am (A) <input type="radio"/> vor einschließlich (A) <input type="radio"/> nach einschließlich (A) <input type="radio"/> zwischen einschließlich (A-B) <input type="radio"/> unbek. A <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr B <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr | <input type="radio"/> genau (A) <input type="radio"/> jünger als einschließlich (A) <input type="radio"/> älter einschließlich (A) <input type="radio"/> zwischen einschließlich (A-B) <input type="radio"/> unbek. A <input type="text"/> Jahre B <input type="text"/> Jahre | <input type="text"/> Monate <input type="checkbox"/> unbek. | <input type="radio"/> fremdanamn. <input type="radio"/> eigenanamn. <input type="radio"/> Arztbrief <input type="radio"/> unbek. | |
| | Gruppe <input type="radio"/> SERM <input type="radio"/> GnRH-Analoga <input type="radio"/> Aromatasehemmer (AH) <input type="radio"/> AH + GnRH-Analoga <input type="radio"/> SERM + GnRH-Analoga <input type="radio"/> Östrogen <input type="radio"/> Progesteron <input type="radio"/> Östrogen + Progesteron <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> unbek. <i>falls andere Gruppe: welche</i> <input type="text"/> | Anlaß <input type="radio"/> therapeutisch <input type="radio"/> präventiv <input type="radio"/> hormonelle Kontrazeption <input type="radio"/> Hormonersatztherapie <input type="radio"/> postoperative Hormoner- satztherapie (postop. HET) <input type="radio"/> anderer <input type="radio"/> unbek. <i>falls anderer Anlaß: welcher</i> <input type="text"/> | <i>falls therapeutisch: Intention</i> <input type="radio"/> adjuvant <input type="radio"/> neoadjuvant <input type="radio"/> palliativ <input type="radio"/> unbek. | <i>falls therapeutisch: zugehörige THP-Bogen-Nr.</i> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbek. | <i>falls postop. HET: zugehörige OPE-Bogen-Nr.</i> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbek. |
| 2 | ... | | | | |

Bemerkungen:

Pro Hormonpräparat und Einnahme- oder Verwendungszeitraum ist ein Formularbogen auszufüllen.