

**Meldeformular
IVF-Arbeitsgruppe**

Bitte ausgefüllt, unterschrieben und mit Datum versehen zurücksenden an:

Ständige Kommission IVF / Embryotransfer
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Leiter/in der Arbeitsgruppe

Leiter/in:	
Vertretung:	

Endokrinologie der Reproduktion

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Gynäkologische Sonografie

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Fertilitätschirurgie

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur und Kryokonservierung und Kryobiologie

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Andrologie

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Psychosomatische und psychotherapeutische Grundversorgung

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Hormonlabor

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

oder

Kooperation mit:	
------------------	--

Narkosebereitschaft

Leiter/in des Teilbereichs:	
Vertretung:	

Notfallaufnahme

--

Regelmäßige Kooperation mit einer/m ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten

--

Regelmäßige Kooperation mit einer/m Humangenetiker/in

--

Adresse des IVF-Zentrums

Arbeitsgruppe vom: _____
(Datum)

(Stempel und Unterschrift)