

Für Sie reservierter Termin: Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrtes Kinderwunsch-Paar,**

**Ihre Hoffnung auf ein eigenes Kind ist bisher nicht in Erfüllung gegangen. Deshalb haben Sie Kontakt zu uns gesucht bzw. hat Ihr Arzt Sie an uns verwiesen. Für dieses Vertrauen danken wir Ihnen.**

**Kinderwunsch ist etwas sehr Intimes, Persönliches. Wenn er nicht in Erfüllung geht, tauchen viele Fragen, Zweifel und Ängste auf. Auch die Partnerschaft kann auf eine harte Probe gestellt werden. Auf dem gemeinsamen Weg, der vor Ihnen liegt, wollen wir Sie nach all unseren Möglichkeiten begleiten.**

**Falls Sie bereits Vorbefunde (Operationsbericht von Bauchspiegelung, Angaben über vorausgegangene Kinderwunschbehandlungen, Ergebnis der letzten Krebsvorsorge, ggf. Temperaturkurven, ggf. Hormonanalysen, Samentest, HIV Test beider Partner, Hepatitis-Test der Frau, Röteln-Titer der Frau) haben, wäre es für uns hilfreich, wenn Sie diese zum vereinbarten Gesprächstermin mitbringen könnten.**

**Wir bemühen uns intensiv, den Grund zu finden, warum es bei Ihnen bisher nicht „geklappt“ hat. Deshalb kann ggf. bei der ersten Beratung neben Blutuntersuchungen auch eine vaginale Ultraschall-Untersuchung vorgeschlagen werden.**

**Leider sind auch ein paar bürokratische Dinge zu beachten:**

**Wir benötigen von gesetzlich versicherten Partnern einen Überweisungsschein vom Hausarzt, Frauenarzt oder Urologen und die Versicherungskarten (auch bei privater Krankenversicherung).**

**Wir möchten Sie bitten, den Termin für das Vorgespräch einzuhalten oder ggf. rechtzeitig abzusagen.**

**Vor dem Gesprächstermin bitten wir um eine Anmeldung bei unserer Verwaltung im Hause. Das Gebäude ist groß, deshalb sind die Zimmernummern hilfreich (gesetzliche Krankenversicherung: Zimmer 10 im Erdgeschoss, durch die Eingangshalle am Treppenaufgang / private Krankenversicherung im Zimmer 108 im 1. Stock auf dem Gang neben der Bibliothek).**

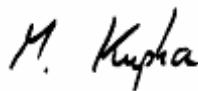
**Bitte melden Sie sich anschließend in Zimmer 79 im Erdgeschoß in unserer IVF-Ambulanz.**

**Wenn diesem Schreiben zwei Fragebögen beiliegen, bitten wir Sie herzlich um Beantwortung. Bitte laden Sie sich die Fragebögen (Frau und Mann) aus dem Internet herunter, wenn Sie sich online angemeldet haben.**

**Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.**

**Wir freuen uns darauf, Ihnen bei der Erfüllung Ihres Wunsches hoffentlich erfolgreich helfen zu können.**

**Mit freundlichen Grüßen**



**PD Dr. M.S. Kupka**  
**Leiter der Arbeitsgruppe**

**Anschrift**

Arbeitsgruppe Kinderwunsch  
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Ludwig-Maximilians-Universität - Innenstadt  
Maistraße 11  
**D-80337 München**

**Telefon**

Klinik-Pforte 089 - 5160 - 4111  
Terminvergabe 089 - 5160 - 4214  
FAX 089 - 5160 - 4918

**Internet**

[www.ivf-maistrasse.de](http://www.ivf-maistrasse.de)

**e-mail**

[termine@ivf-maistrasse.de](mailto:termine@ivf-maistrasse.de)  
[kupka@ivf-maistrasse.de](mailto:kupka@ivf-maistrasse.de)

