###### SOP Fertilitätserhalt: Aufklärungsbogen Frauen

Adressaufkleber

**Sehr geehrte Frau …………………..…………………..,**

bei Ihnen wurde eine Erkrankung festgestellt, die mit zellabtötenden Medikamenten (z.B. Zytostatika, Antikörper etc.) ggf. kombiniert mit einer Bestrahlung oder nur mit einer ionisierenden Bestrahlung behandelt werden soll. Wie Ihnen Ihre behandelnde Ärztin/Arzt mitgeteilt hat, kann es durch die zellabtötende Behandlung in Abhängigkeit der verabreichten Dosis zu einer nachhaltigen Zerstörung der Eierstöcke kommen. Gerade bei Patientinnen mit noch bestehendem oder unerfülltem Kinderwunsch kann dies nach der erfolgreichen Behandlung der Krebserkrankung zu einer erheblichen Einschränkung der Fruchtbarkeit oder gar zur Unfruchtbarkeit führen.

Ist bei Ihnen die Familienplanung noch nicht abgeschlossen, gibt es gut etablierte fertilitätsprotektive Maßnahmen, die Ihnen eine realistische Chance auf eine spätere Schwangerschaft bieten.

Bei der Frau kommen grundsätzlich in Frage:

* Die operative Verlagerung der Eierstöcke aus dem Bestrahlungsgebiet (durch eine Bauchspiegelung = Laparoskopie),
* die operative Entnahme von Eierstockgewebe oder Eizellen, um diese einzufrieren (Kryokonservierung), so dass das Gewebe eine eventuelle Eierstocksschädigung durch eine Therapie unbeschadet überdauern kann und
* die hormonelle Vorbehandlung mit ähnlichen Substanzen wie sie auch im Hypothalamus (Hirnareal) produziert werden (so genannte GnRH-Analoga).

Ob eine der fertilitätsprotektiven Methoden bei Ihnen anwendbar ist, und wenn ja, welche, hängt von vielen Faktoren ab: Ihrem Alter, Art und Stadium der Grunderkrankung, geplanter Behandlung (Art und Dosis der medikamentösen Therapie und/oder Bestrahlung), die Zeit, die bis zum Beginn der Behandlung verbleibt. Fertilitätsprotektive Maßnahmen sind auch kombinierbar.

Falls Sie fertilitätsprotektive Maßnahmen erwägen, sollte eine zeitnahe Anbindung an einen dafür spezialisierten Bereich (Bitte eintragen: Klinik für ------------------------; Kontakt: Tel. -----------------------) erfolgen. Dort finden eine ausführliche Beratung bzgl. des Risikos einer dauerhaften Schädigung der Keimdrüsen und die möglichen therapeutischen Möglichkeiten zum Erhalt der Fruchtbarkeit statt.

Sollte eine Maßnahme zum Schutz der Fruchtbarkeit sinnvoll sein, so wird umgehend eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden.

Informationsblätter händigen wir Ihnen gerne aus. Eine genaue Darstellung der Möglichkeiten eines Fertilitätserhalts und eine Vielzahl weiterer wichtiger Informationen finden Sie auch auf der Homepage des Netzwerks fertiPROTEKT (<http://fertiprotekt.com/>)

***Ich bin von Dr. ………………………………………………… über die Gefahr der Einschränkung meiner Fruchtbarkeit und über die Möglichkeit der Anwendung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen informiert worden.***

* Ich wünsche die Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum zur detaillierten Beratung und Inanspruchnahme von fertilitätserhaltenden Maßnahmen.
* Ich wünsche keine fertilitätserhaltenden Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.
* Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.
* Ich wünsche keine Kopie des Aufklärungsbogens.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort / Datum/Uhrzeit:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten (bzw. der Erziehungsberechtigen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/der Ärztin