



Dokumentationsbogen

über Hysterosalpingo Foam Sonography (HyFoSy)
mit ExEm® Foam Kit

Datum Untersuchung

Name des/der behandelnden Arztes/Ärztin

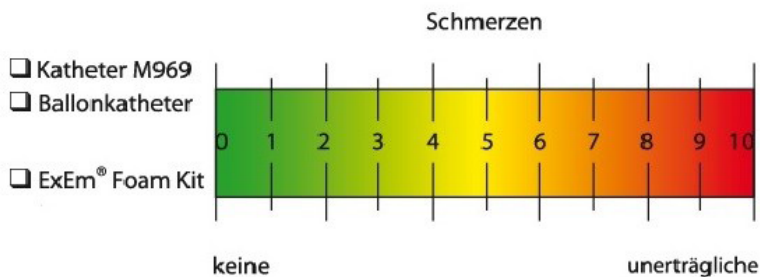
Geburtsdatum Patientin

Vorname

Nachname

Welcher Katheter wurde benutzt: _____

Bitte geben Sie auf der Schmerzskala das Schmerzempfinden der Patientin an:



Eileiterdurchgängigkeit:

Links: ja / nein

Rechts: ja / nein

Technische Probleme:

Komplikationen:

Unerwünschte Ereignisse (wie Fieber, Entzündung...): ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt / Stempel