

Aanvraagformulier IVF/ICSI fertiliteitsbehandeling Buitenland

Naam verzekerde: _____	Geboortedatum: ____ - ____ - ____
Adres: _____	Postcode/woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____	Cliëntnummer: _____

Artsenverklaring IVF ICSI Indicatie / Toelichting:

Hebben er al andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen plaatsgevonden? Zo ja, welke?

Welke medicatie wordt gebruikt? En door wie wordt deze geleverd?

Wanneer bij IVF/ICSI bijzondere behandelingen plaatsvinden, kruis deze dan aan:

MESA PESA TESE GIFT PGD PGS Assisted Hatching Eiceldonatie

Vindt een deel van de IVF/ICSI behandeling in Nederland plaats? Zo ja, waar? _____

Welk deel van de behandeling vindt plaats in Nederland en welk deel in het buitenland?

Waar vindt de IVF/ICSI behandeling plaats?

Naam instelling: _____ Plaats en land: _____

Naam behandelend arts: _____

Handtekening arts voor indicatie: _____ Stempel: _____

Eigenverklaring verzekerde bij IVF/ICSI (kruis hier de poging aan en vermeld de verwachte startdatum)

Leeftijd bij aanvang eerstvolgende poging: _____

	(Verwachte) startdatum	Welke fase	Handtekening verzekerde
<input type="checkbox"/> 1 ^e IVF/ICSI	____ - ____ - ____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 ^{de} IVF/ICSI	____ - ____ - ____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 3 ^{de} IVF/ICSI	____ - ____ - ____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 4 ^{de} IVF/ICSI	____ - ____ - ____	_____	_____

NB: Alleen een volledig ingevuld en ondertekend formulier kan in behandeling worden genomen.