



Skjemaet sender du til:

**Helfo**  
Postboks 2415  
3104 Tønsberg

# Erklæring fra lege som utøver sin praksis i Norge ved søknad om dekning av legemidler - Infertilitetsbehandling

Dette skjemaet må fylles ut og underskrives av parets behandlende lege ved søknad om refusjon av legemidler til infertilitetsbehandling, når behandlingen er gjort i Norge. Ved hvert forsøk (også fryseforsøk/avbrutte forsøk) må det fylles ut et nytt skjema.

Paret skal legge denne erklæringen ved sin søknad om refusjon til legemidler ved infertilitetsbehandling i Norge.

## 1. Opplysninger om søker og partner

Denne erklæringen gjelder infertilitetsbehandling for

Navn på pasient	Fødselsnummer pasient (11 siffer)
Navn på partner	Fødselsnummer partner (11 siffer)

## 1. Opplysninger om lege

Navn	HPR-nummer
Navn på klinikk/legekontor	Telefonnummer (direkte- eller mobilnummer)
Postadresse	Postnummer/-sted
E-postadresse	

## 2. Om paret og type behandling

Paret er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold	J A	NEI
Pasienten er til behandling for infertilitet med:		
Inseminasjonsbehandling(AIH/AID)	Hormonstimulering	
Befruktning utenfor kroppen (IVF eller ICSI )	PGD behandling	

## 3. Om utførte behandlingsforsøk

Folketrygden dekker utgifter for inntil tre forsøk pr. barn.

Med forsøk menes en teknisk fullført behandling med uthenting av egg og tilbakeføring av befruktede egg i kvinnens livmor. Innsetting av lagrede, befruktede egg fra samme egg-uttak er ikke å anse som ett nytt forsøk.

Dersom lagrede befruktede egg fra tidligere uttak benyttes til søskenforsøk, regnes ikke dette som et fullstendig forsøk. Paret må likevel betale ny egenandel ved oppstart av ny behandling etter fødsel.

<b>Paret er i gang med:</b>			
Forsøk nr 1	Fullført forsøk	Avbrutt forsøk	Brukt nedfrosne befruktede egg
Forsøk nr 2	Fullført forsøk	Avbrutt forsøk	Brukt nedfrosne befruktede egg
Forsøk nr 3	Fullført forsøk	Avbrutt forsøk	Brukt nedfrosne befruktede egg
Tidsperioden for legemiddelbehandlingen:			
Andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen (for eksempel søskenforsøk)			

#### 4. Fylles ut av spesialist dersom pasienten skal bruke ikke-markedsførte legemidler i behandlingen

Navn på ikke-markedsført legemiddel og virkestoff som skal brukes i behandlingen
Dato for oppstart med det ikke-markedsførte legemiddelet
Navn på tilsvarende markedsførte legemidler som er forsøkt, men som ikke lenger kan brukes
Begrunnelse for hvorfor markedsførte legemidler ikke kan brukes: Uakseptable bivirkninger Manglende effekt Markedsført legemiddel er ikke tilgjengelig på det norske markedet på tidspunktet for behandlingen. Dosering, begrunnelse
Begrunnelse hvis markedsførte legemidler ikke er forsøkt.

#### 5. Samtykke og informasjon hvis behandlingen skjer i utlandet

Jeg bekrefter at paret har mottatt informasjon om behandlingen og om de medisinske og rettslige virkninger behandlingen kan få, jf. bioteknologiloven § 2-5. Paret har også fått informasjon om adopsjon.	JA	NEI
Ved bruk av donorsæd: Jeg bekrefter at paret har mottatt informasjon om at de norske regler vedrørende bruk av donorsæd også gjelder ved assistert befruktning i utlandet. Dette innebærer blant annet at sædgivers identitet må registreres og meldes til et donorregister – slik at barnet ved fylte 18 år har anledning til å få opplysninger om sædgivers identitet og at sædgiveren er over 18 år og ikke fratatt rettslig handleevne på det personlige området, jf. bioteknologiloven §§ 2-7 til 2-9. Det har også blitt gitt informasjon om at bruk av donorsæd ikke kan finne sted etter sædgivers død, jf. bioteknologiloven § 2-11 tredje ledd.	JA	NEI
Jeg bekrefter at det foreligger skriftlig og gyldig samtykke fra kvinnen og hennes ektefelle eller samboer om at assistert befruktning skal gjennomføres.	JA	NEI

#### 6. Avgjørelse om behandling

Jeg bekrefter at det er foretatt en helhetsvurdering av paret, som beskrevet i bioteknologiloven § 2-6: «Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret. Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig, for å foreta en helhetsvurdering av paret.» Jeg anbefaler at assistert befruktning gjennomføres.	JA	NEI
---	----	-----

## 7. Underskrift av behandlende lege/spesialist

Jeg bekrefter at opplysningene over er korrekte og at bioteknologiloven er oppfylt.

Lege(navn)	HPR-nummer
Sted og dato	Underskrift