



Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Behandlingsbekreftelse ved hormonstimulering av mann ved infertilitetsbehandling

Dette skjemaet fylles ut av behandlende lege hvert behandlingsår i inntil tre år.

Paret skal legge skjemaet ved søknaden sin om refusjon av utgifter til legemidler ved infertilitetsbehandling.

Mer informasjon om vilkår for denne stønaden er tilgjengelig på helsenorge.no.

1. Opplysninger om paret

Mannens navn	Partnerens navn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Paret er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold	
JA NEI	

2. Opplysninger om behandlende lege

Navn	HPR-nummer
Navn på behandlingssted	Telefonnummer
E-post	

3. Opplysninger fra legen ved hormonstimulering

Årsaken til behovet for hormonstimulering
Tidsperiode for behandling
Andre opplysninger som kan ha betydning for saken

4. Bekreftelse og underskrift fra behandlende lege

Jeg bekrefter at opplysningene er korrekte

Jeg bekrefter at vilkårene i bioteknologiloven kapittel 2. Assistert befruktning er oppfylt

Legens navn	HPR-nummer
Legens underskrift	Dato