



Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Behandlingsbekreftelse ved infertilitetsbehandling i Norge

Skjemaet fylles ut av behandlende lege ved hver behandling. Kvinnen/paret skal legge dette skjemaet ved sin søknad om refusjon av utgifter til legemidler ved infertilitetsbehandling.

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

1. Opplysninger om kvinnen/partner

Kvinnens navn	Partnerens navn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Paret er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold	JA NEI
Kvinnen er enslig og bor alene	JA NEI

2. Opplysninger om behandlende lege

Navn	HPR-nummer
Navn på behandlingssted	Telefonnummer
E-post	

3. Opplysninger om type behandling

Kvinnen/paret er til behandling for infertilitet med:
Befruktning utenfor kroppen (IVF eller ICSI)
Hormonstimulering
Preimplantasjonstesting (PGT (PGD)-behandling)
Inseminasjonsbehandling (AIH/AID)

4a. Opplysninger fra legen ved uttak av egg og tilbakeføring av embryo

Kvinnen/paret er i gang med befruktning utenfor kroppen (IVF eller ICSI) eller preimplantasjonstesting (PGT (PGD)-behandling).

Dato for egguttak	Antall befruktede egg egnet for tilbakeføring
Dato for tilbakeføring av embryo	Dato for egguttaket tilbakeføringen gjelder
Dato for avbrutt forsøk, og årsak til avbrudd	Dato for fullført forsøk
Dato for oppstart av medikamenter	
Andre opplysninger som kan ha betydning for saken	

4b. Opplysninger fra legen ved inseminasjonsbehandling (AIH/AID) eller hormonstimulering

Kvinnen/paret mottar behandling for infertilitet med inseminasjonsbehandling (AIH/AID) eller hormonstimulering.

Tidsperiode for behandling
Andre opplysninger som kan ha betydning for saken

5. 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