



Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Bekrefting på behandling ved infertilitetsbehandling i Noreg

Skjemaet fyllast ut av behandlande lege ved kvar behandling. Kvinna/paret skal leggje dette skjemaet ved søknaden om refusjon av utgifter til legemiddel ved infertilitetsbehandling.

Meir informasjon om vilkår for denne stønaden er tilgjengeleg på helsenorge.no.

1. Opplysningar om kvinna/partner

Kvinnas namn	Partnerens namn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Paret er gift eller sambuarar i ekteskapsliknande forhold	JA NEI
Kvinna er einsleg og bur åleine	JA NEI

2. Opplysningar om behandlande lege

Namn	HPR-nummer
Namn på behandlingsstad	Telefonnummer
E-post	

3. Opplysningar om type behandling

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

4a. Opplysningar frå legen ved uttak av egg og tilbakeføring av embryo

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

Dato for egguttak	Antal befrukta egg eigna for tilbakeføring
Dato for tilbakeføring av embryo	Dato for egguttaket tilbakeføringa gjeld
Dato for avbrote forsøk, og årsak til avbrot	Dato for fullført forsøk
Dato for oppstart av medikament	
Andre opplysningar som kan ha betydning for saka	

4b. Opplysningar frå legen ved inseminasjonsbehandling (AIH/AID) eller hormonstimulering

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

Tidsperiode for behandlinga
Andre opplysningar som kan ha betydning for saka

5. Bekrefting og underskrift frå behandlande lege

Eg bekreftar at opplysningane er korrekte

Eg bekreftar at vilkåra i bioteknologilova kapittel 2. Assistert befruktning er oppfylte

Legens namn	HPR-nummer
Legens underskrift	Dato