

Erklæring fra spesialist om behov for legemidler som ikke er markedsført i Norge - infertilitetsbehandling

Fylles ut av spesialist dersom pasienten ved
infertilitetsbehandlingen som utføres i utlandet
skal bruke legemidler som ikke er markedsført i
Norge.

1. Opplysninger om pasienten

Fødselsnummer (11 siffer)	Fornavn, etternavn
---------------------------	--------------------

2. Opplysninger om søkende lege

Fornavn, etternavn	Spesialitet/sykehusavdeling	HPR-nummer
Postadresse (arbeidssted)		
E-postadresse		Telefonnummer*

*Helst direkte eller mobil

3. Legemiddel søknaden gjelder

Navn på legemiddel og virkestoff som skal brukes i behandlingen
Dato for oppstart med legemidlet

4. Tidligere behandling

Navn på tilsvarende markedsførte legemidler som er forsøkt, men som ikke lenger kan brukes
--

5. Begrunnelse for hvorfor markedsførte legemidler ikke kan brukes

Markedsført legemiddel kan ikke brukes på grunn av bivirkninger
Markedsført legemiddel har ikke gitt tilstrekkelig effekt
Markedsført legemiddel er ikke tilgjengelig på det norske markedet på tidspunktet for behandlingen
Annet, begrunnelse
Begrunnelse hvis markedsførte legemidler ikke er forsøkt

9. Legens underskrift

Sted og dato	Underskrift og stempel
--------------	------------------------