



Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Søknad om refusjon til legemidler ved uttak av sæd av medisinske årsaker

Fristen for å sende inn søknad om refusjon for utgifter til legemidler begynner å løpe når du har nådd grensen for egenbetaling. Du må etter dette sende inn krav innen 6 måneder etter hvert enkelt legemiddelkjøp. Disse vil da anses som krav om refusjon.

Du finner mer informasjon på helsenorge.no.

BRUK KUN BINDERS PÅ KVITTERINGER.

1. Egenerklæring fra søker

Fødselsnummer (11 siffer)	Fornavn, etternavn
Postadresse	Postnummer/-sted
Kontonummer	Telefon

2. Hvilke utgifter søker du om å få refundert

Oppgi totalsum for legemidler

3. Vedleggsliste til søknaden

Vedlagt Huk av	Dokumentasjon når du har kjøpt legemidler på norsk apotek	Vedlegg nr
	Legemidler kjøpt på apotek: originale kvitteringer som er spesifisert med legemidlets navn, legens navn, antall pakninger og pris	
	Erklæring fra lege (Del 2 av dette skjemaet)	

4. Underskrift

Jeg bekrefter at opplysningene i egenerklæringen er korrekte.

Sted og dato	Underskrift søker
--------------	-------------------

Menn som har behov for legemiddelbehandling i forkant av høsting av sæd i forbindelse med fremtidig barneønske, kan få bidrag til nødvendige legemidler. Retten til bidrag oppnås når egenandelen er betalt. Grensen for egenbetaling fastsettes av Stortinget og reguleres hvert år. I bidragsordningen gis det bare stønad til behandling som er knyttet til et fremtidig barneønske, og ikke til annen behandling av sykdom.

Erklæring fra behandlende lege/sykehusavdeling

1. Opplysninger om pasienten og diagnose

Navn på pasient	Fødselsnummer pasient (11 siffer)
Diagnose (tilstanden pasienten får behandling for)	Diagnosekode ICD-10
Dette medfører behov for høsting av sæd med tanke på fremtidig barneønske. Pasienten trenger hormonpreparater og preparater som direkte eller indirekte påvirker kjønnshormoner og forplantningsevne.	

2. 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 legemidlet
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/annen begrunnelse
Begrunnelse hvis markedsførte legemidler ikke er forsøkt

3. Opplysninger og underskrift av behandlende lege

Fornavn, etternavn	HPR-nummer
Sted og dato	Underskrift