

Staðfesting sérfræðinga á ófrjósemi

I. Frjósemissstofa

Nafn frjósemissstofu _____

Nafn læknis _____ Læknanúmer _____

II. Grunnupplýsingar

Vinsamlegast skráið nafn aðila í meðferð.

Nafn _____ Kennitala _____

III. Upplýsingar um ófrjósemi

Dagsetning greiningar: _____

Hvenær var fyrst leitað til læknis vegna ófrjósemi? _____

Lýsing á ófrjósemi (ICD)

Fyrri heilsufar sem skipt getur máli

☐ Já

☐ Nei

(T.d. hvort sjúklingur hafi gengist undir endurheimt frjósemi vegna fyrri ófrjósemismeðferðar.)

Ef já, þá nánari lýsing:

Staður og dagsetning

Undirskrift læknis