Staðfesting sérfræðinga á ófrjósemi

I. Frjósemisstofa

Nafn frjósemisstofu _____

Nafn læknis _____ Læknanúmer _____

II. Grunnupplýsingar

Vinsamlegast skráið nafn aðila í meðferð.

Nafn _____ Kennitala _____

III. Upplýsingar um ófrjósemi

Dagsetning greiningar: _____

Hvenær var viðkomandi aðili fyrst til rannsóknar eða meðferðar vegna ófrjósemi eða gruns um að um ófrjósemi væri að ræða? _____

Lýsing á ófrjósemi (ICD)

_____

_____

_____

Er ófrjósemisgreiningin eingöngu rakin til frjósemisvandamála maka? ☐ Já ☐ Nei

Fyrra 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 og númer læknis

_____

STIMPILL FRJÓSEMISSTOFU

Vörður tryggingar I Sími 514 1000 I vordur@vordur.is I www.vordur.is