

# Anfrageformular

## IVF/ICSI Fertilitätsbehandlung Ausland



### Versicherungsnehmer:

Initialen und Name

Geburtsdatum

Patientennummer

### Arzterklärung:

IVF

ICSI Indikation / Erläuterung:

  

Haben bereits andere Fruchtbarkeitsbehandlungen stattgefunden?

Nein

Ja Wenn Ja, welche?

  

Wenn bei der IVF/ICSI besondere Behandlungen stattfinden, diese bitte ankreuzen:

MESA

PESA

TESE

PGD/PGS

Assisted Hatching

Eizellenspende  Keine

Andere:

Findet ein Teil der IVF/ICSI-Behandlung in den Niederlanden statt?

Nein

Ja, in:

Welcher Teil der Behandlung findet in den Niederlanden statt und welche im Ausland?

Wo findet die IVF/ICSI-Behandlung statt:

Name Einrichtung:

Ort und Land:

Name behandelnder Arzt:

Unterschrift behandelnder Arzt:

Stempel:

**Eigenerklärung Versicherungsnehmer** (kreuzen Sie hier den Versuch an und nenne Sie das erwartete startdatum)

Alter zu Beginn des nächsten Versuchs:

Jahre

Versuch:

(Erwartetes) Startdatum

1. IVF/ICSI

2. IVF/ICSI

3. IVF/ICSI

4. IVF/ICSI

Unterschrift Versicherungsnehmer:

**Bitte beachten: Nur ein vollständig ausgefülltes Formular kann bearbeitet werden.**