

## Beoordelingsformulier fertiliteitsbehandeling buitenland

Vul dit formulier in en stuur het op naar Hema. Ons adres is: t.a.v. Hema, Buitenland Verzekerdennota's IVF, Postbus 704, 7500 AS Enschede

### 1. Aanvrager

Verzekernummer

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

### 2. Gegevens zorgaanbieder

Naam

Behandelend specialist

Adres

Postcode en vestigingsplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

### 3. Indicatie\* (in te vullen door specialist)

IVF  ICSI  Ovulatie-indicatie bij inseminatie (IUI, KIH, KID, IVI, ICI, FSP, DIPI)

Toelichting:

Hebben er reeds andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen plaatsgevonden?  Ja  Nee

Zo ja, welke?

Wanneer bij IVF/ICSI bijzondere behandelingen plaatsvinden dan deze aankruisen:

IMSI  PICSI  MESA  PESA  TESE  GIFT  PGD  PGS  Eiceldonatie

Andere, nl:

Wordt bij IVF/ICSI Assisted Hatching toegepast?  Ja  Nee

Vindt een deel van de IVF/ICSI behandeling in Nederland plaats?  Ja  Nee

Zo ja, waar?

Welk deel van de behandeling vindt plaats in Nederland en welk deel in het buitenland?

Nederland

Buitenland

Hoeveel embryo's worden er teruggeplaatst?

1° poging  2° poging  3° poging

Handtekening specialist

**3. Indication\*** (to be completed by the specialist)

IVF  ICSI  Ovulation indication when insemination (IUI, KIH, KID, IVI, ICI, FSP, DIPI)

Explanation:

---

---

Have you had other fertility treatments in the past? If the answer is yes, please specify which fertility treatment

---

Are there any special treatments applied during IVF/ICSI? Please indicate below:

IMSI  PICSI  MESA  PESA  TESE  GIFT  PGD  PGS  Egg donation

Other, namely:

---

In case of an IVF / ICSI treatment, will there be Assisted Hatching applied?  Yes  No

Does the treatment partly take place in the Netherlands? If so, where does the treatment take place?

---

What part of the treatment takes place in the Netherlands and which part will take place abroad?

---

How many embryos are transferred?

1<sup>st</sup> attempt  2<sup>nd</sup> attempt  3<sup>rd</sup> attempt

Signature specialist

---

---

**4. Eigen verklaring verzekerde bij aanvraag IVF/ICSI**

Wilt u hieronder de poging die u aanvraagt aankruisen en de verwachte startdatum invullen?

Reeds eerder gedane pogingen in een ander (Nederlands) ziekenhuis tellen ook mee.

(Verwachte) startdatum

<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> IVF/ICSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> IVF/ICSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 <sup>de</sup> IVF/ICSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB. Alleen een volledig ingevuld en ondertekend formulier kan in behandeling worden genomen.

Wilt u de volgende informatie met dit formulier meesturen?

Verwijzing met medische onderbouwing van uw arts/specialist

Behandelverslag van de behandelend specialist in het buitenland

Handtekening verzekerde

---

---