

ד"ר נכבד, בהתאם לחוזר מנכ"ל מינואר 2014 חלה חובה על היחידה להגשת בקשה מנומקת על חריגה משמונה מחזורי טיפול רצופים באם לא היה הריון קליני.
נא למלא את טופס הבקשה בנאמנות לתיק הרפואי של המטופלת, לצרף אסמכתאות נדרשות ולהעביר לאישור הכללית בפקס: 037643239.

בקשה לאישור חריג של טיפול בהפריה חוץ גופית

לכבוד אגף הסכמים קופת חולים כללית מושלם
תאריך הבקשה: _____

היחידה המבקשת: _____

שם המטופלת: _____ ת"ז: _____ ת.לידה: _____

מספר טיפולי IVF שבוצעו ללא הריון קליני ו/או החזרת עוברים:

טיפולי	שנה	יחידת IVF/בי"ח	נשאבו/הופרו/הוחזרו	הערות
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
חריג				

*ניתן לצרף תמצית טיפולים

נימוקי הרופא המטפל:

נימוקי מנהל היחידה:

חתימת וחותמת מנהל היחידה

חתימת וחותמת הרופא המטפל
