

בקשה לביצוע טיפול חוזר בהפריה חוץ גופית

פרטי בני הזוג:

שם בת הזוג: _____ שם משפחה: _____ ת.ד.: _____
 תאריך לידה: _____ מצב משפחתי: _____
 קופת חולים: _____ סניף: _____
 תחילת חברות: _____ מאוחדת עדיף: כן / לא
 שם בן הזוג: _____ שם משפחה: _____ ת.ד.: _____
 קופת חולים: _____ מאוחדת עדיף: כן / לא
 כתובת מגורים: _____ טלפון: _____
 מספר ילדים: _____

ההתוויה לביצוע IVF:

1. _____
 2. _____

פרטים על הטיפול האחרון:

מחזור טיפול מס': _____ בית חולים: _____ תאריך: _____
 פרטים על אופן ההכנה לטיפול: _____
 מספר ביציות שנשאבו: _____
 מספר ביציות שהופרו: _____
 אופן ההפריה: _____
 מספר עוברים שהוחזרו: _____
 מספר עוברים שהוקפאו: _____
 הריון: _____ כן / לא
 תוצאת הריון: _____ לידת חי \ הפלה טבעית \ כימי \ הערות: _____

במקרה של שימוש זרע מן האשך: שימור בהקפאה כן \ לא