

ivf/ICSI of andere vruchtbaarheidsbehandeling in het buitenland

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van ivf/ICSI of andere vruchtbaarheidsbehandelingen in het buitenland door uw behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
E-mail: _____



Gegevens zorgverlener

Naam ivf-kliniek: _____
Naam specialist: _____
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mail: _____

In te vullen door behandelend arts.

1. ivf ICSI KI(D) IUI Overige

Indicatie/toelichting: _____

2. Hebben er andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen plaatsgevonden? ja nee

Zo ja, welke? _____

3. Heeft verzekerde eerder in Nederland of in het buitenland ivf- of ICSI-behandelingen gehad? ja nee

Zo ja, waar en wat waren de resultaten? _____

4. Indien bij ivf/ICSI bijzondere behandelingen plaatsvinden dan deze aankruisen:

MESA PESA TESE GIFT PGD PGS Assisted hatching eiceldonatie

5. Vindt een deel van de huidige ivf/ICSI-behandeling in Nederland plaats? ja nee

Zo ja, waar? _____

6. Welk gedeelte gebeurt in Nederland en welk gedeelte in het buitenland?



Ondertekening behandelend arts voor indicatie

Naam: _____ AGB-code: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Door verzekerde in te vullen.

7. Eigen verklaring verzekerde bij aanvraag ivf/ICSI

Kruis hier de poging aan, vermeld de verwachte startdatum en plaats uw handtekening. Eerdere pogingen in andere ziekenhuizen in Nederland of het buitenland tellen mee. Ook als u toen ergens anders verzekerd was.

	Verwachte startdatum met medicatie (stimulatie)	Handtekening verzekerde
<input type="checkbox"/> 1 ^e ivf/ICSI		
<input type="checkbox"/> 2 ^e ivf/ICSI		
<input type="checkbox"/> 3 ^e ivf/ICSI		



Ondertekening verzekerde

Naam: _____ Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____

Toelichting

Het kan zijn dat wij na de ontvangst van uw aanvraag nog meer gegevens over de behandeling of over uw medische voorgeschiedenis nodig hebben. Wij nemen dan contact op met u of met de behandelend of verwijzend arts.

Een ivf-behandeling kent 4 fasen (stimulatie, punctie, laboratorium en transfer). Wordt de behandeling gestaakt tijdens de stimulatie, dan is er nog geen sprake van een poging. Zodra er sprake is van een geslaagde punctie is er sprake van een poging.

Op basis van de polis worden maximaal 3 pogingen vergoed per gerealiseerde zwangerschap. Een gerealiseerde zwangerschap is:

- een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie
- een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's
- een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap

Ontstaan na een poging meerdere embryo's die ingevroren worden (cryo's)? Het terugplaatsen van deze cryo's valt onder de poging waaruit ze ontstaan zijn. Het terugplaatsen van de cryo's telt dus niet als een poging.

Reeds eerder gedane ivf-pogingen (ook als u nog niet bij de PZP verzekerd was) tellen mee. Dit geldt ook voor eerder gedane ivf-pogingen in een ander ziekenhuis.

Uw aanvraag wordt medisch inhoudelijk getoetst op basis van de richtlijnen ivf van de Vereniging voor obstetrie en gynaecologie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de leeftijdsgrens die zij hanteren.

De kliniek in het buitenland moet van haar overheid een vergunning hebben voor het voeren van ivf-behandelingen.

De kosten van een eventuele eicel- of spermadonor zijn altijd voor eigen rekening.



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.** Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer **(013) 594 97 27.**