

 Centrum Reproductieve Geneeskunde Tel 056/63.32.90 Tel labo 056/63.42.06 Ma-vr: 8-16u15 Za: 07u30- 11u30	Données complètes ou vignette informatique, svp Patient (FEMME): (nom/prénom): Date de naissance: Adresse: Copie à:.....	Ordernr.: Ne rien écrire ni coller svp.
---	--	---

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSEMINATION DONNEUR

Uniquement sur rendez-vous (pris par le médecin)

A remplir et signer par le médecin

Je soussigné, médecin affilié au centre de la médecine de la reproduction de l'hôpital AZ Groeninge à Courtrai avec un programme de soins A agréé ,

- demande l'analyse de:

☐ préparation de l'échantillon du sperme d'un donneur

destiné à: (nom, prénom)

Date de naissance :/...../.....

- confirme que l'analyse doit être effectuée pour insémination intra-utérine par sperme d'un donneur (I.A.D., dons autres que les dons entre partenaires) avec application dans un hôpital sous la responsabilité d'un médecin.
- confirme que l'accepteur répondent aux critères requis de l'autorisation et âge de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes

CACHET DU MÉDECIN + signature + date de prescription

...../...../.....

RENDEZ-VOUS:

...../...../20.....

Àh.....

Instructions pour le patient

- Amenez toujours ce formulaire et votre carte d'identité
- Le jour de votre rendez-vous, inscrivez-vous à la colonne d'inscriptions de l'accueil de l'hôpital AZ Groeninge Kennedylaan 4, 8500 Courtrai.
- Avant de vous rendre en consultation gynécologie, veuillez aller au laboratoire Centrum Reproductieve Geneeskunde (1^e étage), suivez la route C171 (bleu) et sonnez (en cas d'absence, téléphoner au numéro 056/63.42.00), N'oubliez pas vos vignettes d'inscription.
- Présentez-vous à l'heure de votre rendez-vous
- Si vous ne pouvez pas être à temps, veuillez nous avertir au numéro : 056/63.42.06