



**Protokol k úhrade výkonu IVF
na základe verejného zdravotného poistenia.**

1. Centrum asistovanej reprodukcie:.....

2. Meno a priezvisko pacientky:.....

Rodné číslo:.....Kód pobočky VšZP.....:

Bydlisko:.....PŠČ:.....

3. Zdravotná indikácia k úhrade výkonu IVF (č. bodu) v zmysle Nariadenia vlády SR
č. 777/2004 Z. z., prílohy č. 2 časť V:

.....
.....

Iné pridružené ochorenia(diagnózy slovom + MKCH-10):.....

.....
.....

Epikríza:.....

.....
.....

.....
.....

4. Poradie požadovaného výkonu/cyklu IVF:.....
hradeného na základe zdravotného poistenia, vrátane úhrad inou zdravotnou poisťovňou

5. Liečbu metódou IVF indikoval lekár:.....

Dňa:.....

Odtlačok pečiatky a podpis lekára Centra AR

6. Vyhodnotenie realizácie.....cyklu IVF (uviesť por. č. cyklu IVF)

a) výkon IVF realizovaný dňa:.....kód výkonu IVF:.....

b) druh stimulačného protokolu:.....

c) doba riadenej stimulácie od:.....do:.....

d) počet získaných zreých oocytov:.....

e) počet transferovaných embryí :.....

.....
Odtlačok pečiatky a podpis lekára Centra AR