



ČESTNÉ PREHLÁSENIE K ŽIADOSTI O ÚHRADU VÝKONU IVF

na základe verejného zdravotného poistenia.

Meno a priezvisko poistenky:

Rodné číslo: Tel. číslo:

Bydlisko: PSČ:

Poistená vo VŠZP od: Kód pobočky VŠZP:

Meno a priezvisko manžela/partnera:

Dátum narodenia: Zdravotná poisťovňa (názov):

Čestne prehlasujem, že:

a) Doteraz som absolvovala neabsolvovala výkony IVF (oplodnenie v skúmavke) hradené zdravotnou poisťovňou. Ak absolvovala, uveďte:

1. cyklus IVF vykonaný dňa: úspech neúspech
2. cyklus IVF vykonaný dňa: úspech neúspech
3. cyklus IVF vykonaný dňa: úspech neúspech

b) Doteraz som absolvovala neabsolvovala výkony IVF nehradené zdravotnou poisťovňou. Ak absolvovala, uveďte:

Počet Vami hradených cyklov IVF (uhradené kompletne v hotovosti vrátane potrebných liekov):

- Realizované dňa: úspech neúspech
dňa: úspech neúspech
dňa: úspech neúspech

c) Doteraz som absolvovala neabsolvovala interrupciu. Ak áno, uveďte:

Počet: Dátum realizácie:
Dôvod:

d) Doteraz som absolvovala neabsolvovala sterilizáciu. Ak áno, uveďte:

Dátum realizácie:
Dôvod:

Čestne prehlasujem, že vyššie uvedené údaje sú pravdivé a som si vedomá právnych následkov v prípade ich nepravdivosti. Ak v ich dôsledku vznikne VŠZP škoda, som povinná túto nahradiť.

Dátum:

podpis poistenky