

Ingevuld door:

Invuldatum: **Cyclusdag:**

Betreft Mw.

Geboren

type behandeling: IUI/ IVF / ICSI / cryo ET/ eiceldonatie

Resultaat echoscopisch onderzoek:

Re ovarium: (graag noteren diameter alle foll > 10 mm)

Li ovarium: (graag noteren diameter alle foll > 10 mm)

Endometrium dikte:

Overige bijzonderheden:

Dit formulier graag op dezelfde dag (voor 15:30 uur) mailen naar info@mckinderwens.nl

Disclaimer

Met dit formulier wordt de informatie verzameld die een echoscopist(e)/arts/gynaecoloog buiten ons centrum verkrijgt uit de incidentele echoscopische monitoring van uw fertiliteitsbehandeling. U heeft zelf verzocht om deze echo's elders te laten verrichten. Belangrijk is dat het MC Kinderwens u daarvoor niet verwijst of zal verwijzen. Daarmee accepteert het MC Kinderwens op geen enkele wijze een verzoek (van u of de uitvoerder van het onderzoek) tot vergoeding van de kosten die verbonden zijn aan het maken van deze echo's, consulten of zelfs laboratoriumbepalingen. In sommige klinieken is een tarief voor de uitvoer van echo's op eigen verzoek, anderen wensen een verwijzing die dan dus uitsluitend van uw huisarts zou kunnen komen. Deze is daartoe geenszins verplicht.