



az|groeninge  
kortrijk

**Centrum  
Reproductieve  
Geneeskunde**

Tel 056/633290  
Tel labo 056/634206

**Invullen of aanbrengen van kleeftbriefje a.u.b.**

Patiënt (**VROUW**): (naam/voornaam):

.....

Geboortedatum:

Adres:

Kopie aan:.....

Ordernr.:

In deze ruimte niets  
schrijven of kleven a.u.b.

**AANVRAAGFORMULIER DONORINSEMINATIE**

**Enkel na afspraak (via arts)**

*Aan te vullen en te ondertekenen door de aanvragende arts*

Ondergetekende, verbonden of toegelaten arts van het Centrum reproductieve geneeskunde ziekenhuis AZ groeninge te Kortrijk **met erkend zorgprogramma A**,

- vraagt volgende analyse uit te voeren:

voorbereiding staal donorsperma

bestemd voor: .....(naam, voornaam VROUW);

met geboortedatum: ...../...../.....

- bevestigt dat de analyse uitgevoerd dient te worden voor intra-uteriene inseminatie met donorsperma (K.I.D., donatie door een ander persoon dan de partner) **met toepassing in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een arts**;
- bevestigt dat de acceptor voldoet aan de van toepassing zijnde bepalingen inzake toestemming, en leeftijd van de Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten.

**STEMPEL ARTS + handtekening :**

**Datum voorschrift:**

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

*Instructies voor de patiënte*

- Gelieve op de dag van de afspraak u eerst in te laten schrijven als ambulante patiënt aan het onthaal (gelijkvloers), AZ Groeninge ziekenhuis, campus kennedylaan, Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk
- Gelieve u vervolgens met de opnameklevers aan te melden op het Centrum Reproductieve Geneeskunde (1<sup>e</sup> verdieping), volg route C171 (blauw) en bel aan (bij afwezigheid bel: 056/63.42.00), alvorens u naar de consultatie gynaecologie te begeven
- Breng steeds dit formulier en identiteitskaart mee