

Umsókn um frystingu kynfrumna

- vegna fyrirhugaðrar meðferðar sem hefur áhrif á frjósemi.

Upplýsingar um sjúkling:

Nafn:	
Kennitala:	
Símanúmer:	

Ástæða umsóknar (greiningar, fyrirhuguð meðferð)

:

Tengiliður á meðferðardeild (læknir/hjúkrunarfræðingur):

Símanúmer: _____

- Taka þarf veirupróf: HIV, lífrabólga B og C og niðurstöður þurfa berast okkur.
- Sjúklingur þarf að fylla út heilsufarssögu sem nálgast má á heimasíðunni okkar [hér](#).

Beiðni þessi ásamt útfylltri heilsufarssögu sendist á byrjamedferd@livio.is