Name:

info@admira.ch admira@hin.ch www.admira.ch



Geb. Datum:

Auftrag für Spermiogramm oder Spermienaufbereitung

Vorname:

Adresse: Tel. Nr.:	E-Mail:	
Krankenkasse:	Karten-Nr. 807	
Partnerin (zwingend bei Spermie Name: Adresse: Tel. Nr.: Krankenkasse:	enaufbereitung für Insemination) Vorname: E-Mail: Karten-Nr. 8 0 7	Geb. Datum:
Diagnostik Indikation: Sterilität seit	anderer Grund	d:
Bakteriologie, Kosten gemäs DNA-Fragmentationsindex, k	es Analysenliste ca. CHF 150 (l Kosten ca. CHF 100 (nicht kass Fruktose, Kosten ca. CHF 150 Datum der Operation	senpflichtig) 0 (nicht kassenpflichtig) n:
Therapie:		
Aufbereitung des Ejakulats für: Insemination bei der Partner Kostengutsprache vorliegend Kryokonservierung von Sper	in (Kosten zulasten der Kranker d)	nkasse der Partnerin, sofern
Bemerkungen:		
Zuweisender Arzt:		
Ort, Datum:		