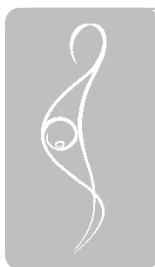




**AZ JAN PALFIJN
GENT**



**FORMULIER COVID-19
PERSOONLIJKE BEVRAGING**

IVF-CENTRUM AZ Jan Palfijn Gent AV

Watersportlaan 5, 9000 GENT, STRAAT 381

TEL 0032 (0) 9 224 88 50 – FAX 0032 (0) 9 224 88 55 - ivf.centrum@janpalfijngent.be

De wensouder(s),
Mevrouw _____
geboren te _____ op ____/____/____
wonende te _____

en
de heer/mevrouw _____
geboren te _____ op ____/____/____
wonende te _____

De wensouder(s) verklaart/verklaren op eigen verantwoordelijkheid:

Ik heb bij de start of in de twee weken (14 dagen) voor de start van deze cyclus één of meerdere van volgende symptomen, gerelateerd aan COVID-19: Hoofdpijn, spierpijn, gedeeltelijk of totaal geur- en/of smaakverlies, hoesten, koorts, vermoeidheid.

Ja (Specifieer: _____)
 Neen

Ja (Specifieer: _____)
 Neen

Ik ben de twee weken (14 dagen) voor de start van deze cyclus in contact geweest met een persoon die een bewezen of vermoedelijke COVID-19-infectie heeft.

Ja (Specifieer: _____)
 Neen

Ja (Specifieer: _____)
 Neen

De wensouder(s) verklaart/verklaren onmiddellijk contact te zullen opnemen met de behandelend arts en het fertiliteitscentrum indien tijdens de stimulatie de wensouder(s) ziek wordt/worden en/of in contact is/zijn gekomen met een persoon die bewezen of vermoedelijke COVID-19-infectie heeft.

De wensouder(s) verklaart/verklaren dat bovenstaande formulier correct werd begrepen en ingevuld op ____/____/____, in eer en geweten.

De wensouders,

Naam: _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Handtekening: _____

Ter kennisname,
Naam behandelende arts:

Stempel + Handtekening: