

## Adeverinta medicala

In vederea participarii in Programul National FIV conform ordin MS 386/31.03.2015 completat  
cu ordinele MS 978/26.06.2019 si 2179/22.12.2020

Unitate medicala emitenta \_\_\_\_\_

(stampila unitatii)

Medic: \_\_\_\_\_

(Nume, prenume, Medic specialist / primar Obstetrica-Ginecologie cu competenta in tratamentul infertilitatii  
cuplului si reproducerii umana asistata medical)

Nr. Inregistrare \_\_\_\_/\_\_\_\_

Stimate(a) coleg(a), va informam prin prezenta ca pacientii \_\_\_\_\_,  
identificat prin CNP \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_, identificat  
prin CNP \_\_\_\_\_ au fost consultati in serviciul nostru la data \_\_\_\_\_,  
Nr. registru consultatii \_\_\_\_\_.

Ca urmare a rezultatelor investigatiilor si tratamentelor efectuate cuplului:

Diagnosticul cuplului este: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosticul  
partenerii: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosticul  
partenerului: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamentul indicat cuplului este:  
\_\_\_\_\_

Se elibereaza prezenta adeverinta medicala pentru a-i servi la inscrierea in subprogramul FIV/ET  
derulat in cadrul clinicii Vivamed Brasov.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura si parafa medicului emitent