

Rücksendung an:

Landesverwaltungsamt
Referat 502 – Landesjugendamt -
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle

Bescheinigung über die Notwendigkeit der Behandlung

Az:

Name und Anschrift des Paares:

Sehr geehrte Damen und Herren,
bei dem oben genannten Paar besteht eine eingeschränkte Fertilität aufgrund:

Wir planen daher eine

ICSI-Behandlung

IVF-Behandlung

erster Versuch

zweiter Versuch

dritter Versuch

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin