

Anlage 1
Behandlungsplan für den 4. Zyklus

Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums für Maßnahmen gemäß der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Nach- und Vorname der Antragstellerin

Nach- und Vorname des Antragstellers

I. Die Indikation(en) gemäß Nummer 11.3 (für IVF) bzw. Nummer 11.5 (für ICSI) der Richtlinie über künstliche Befruchtung in Verbindung mit § 27a SGB V (mit Ausnahme des Abs. 1 Nr. 2. letzter HS und Nr. 3.) liegen vor:

Ja Nein

II. Die Maßnahme hat hinreichend Aussicht auf Erfolg:

Ja Nein

III. Geplante Behandlungsmaßnahme:

- IVF-In-Vitro-Fertilisation (gemäß Nummer 10.3)
- ICS-Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nummer 10.5)

IV. Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen nach Nummer 10.3 und/oder Nummer 10.5:

V. Angaben zum Personenstatus

Die Antragsteller sind verheiratet

- Ja
- Nein.

Wenn Nein: Zuwendungsberechtigt ist auch eine Partnerschaft in Form einer Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die auf längere Zeit und Dauer angelegt, keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet.

Nach Einschätzung des unterzeichnenden Arztes leben die Antragsteller in einer festfügten Partnerschaft zusammen und der Mann beabsichtigt, die Vaterschaft an dem durch die beantragte Maßnahme gezeugten Kindes anzuerkennen.

- Ja
- Nein.

VI. Kostenplan IVF bzw. ICSI nach GoÄ:

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt; Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

IVF (In Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer)		
	Antragstellerin	Antragsteller
Ärztliche Behandlung		
Medikamentenkosten		
Sachkosten und Praxisbedarf		
Gesamt		

Oder:

ICSI (IVF mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion)		
	Antragstellerin	Antragsteller
Ärztliche Behandlung		
Medikamentenkosten		
Sachkosten und Praxisbedarf		
Gesamt		

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift, Reproduktionsmedizinisches Zentrum