Anlage* zum Antrag auf Gewährung einer Zuwendung für eine IVF- oder ICSI-Behandlung

(* **Hinweis:** Die alleinige Übersendung dieses Formblatts stellt keine Antragstellung dar! Bitte dem Online-Antrag beifügen!)

Ärztliche Bescheinigung zur Erforderlichkeit von Maßnahmen der Reproduktionsmedizin

Patientin:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Patient:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Es handelt sich um folgende Behandlungsart: ☐ IVF (Nr. 10.3 KB-RL[1]) ☐ ICSI (Nr. 10.5 KB-RL[1])

Es handelt sich um folgenden Behandlungszyklus:

Erster Behandlungszyklus	☐
Zweiter Behandlungszyklus	☐
Dritter Behandlungszyklus	☐
Vierter Behandlungszyklus	☐

Es wird bestätigt, dass die vorherige Behandlung abgeschlossen ist und ein Ergebnis vorliegt:

☐ ja ☐ nein

Es handelt sich um eine Behandlung nach **nicht vollständig durchgeführtem Zyklus** (Siehe Nr. 8 S. 12 bzw. S. 14 KB-RL[1]):

☐ ja ☐ nein

Es handelt sich um einen **Wiederholungsversuch** nach **klinischer Schwangerschaft ohne nachfolgende Geburt** (Siehe Nr. 8 S. 3 KB-RL[1]):

☐ ja ☐ nein

Es handelt sich um eine **Behandlung nach erfolgter Geburt eines Kindes** (infolge eines Behandlungszyklus nach 10.3 (IVF) / Nr. 10.5 (ICSI) gemäß Nr. 8 S. 4, 5 KB-RL[1]):

☐ ja, _____ (Datum der Geburt) ☐ nein

Anzahl und Art **bereits erfolgter Behandlungen** nach Nr. 10.3 (IVF) / Nr. 10.5 (ICSI) KB-RL[1]: _____

Nach ärztlicher Feststellung wird bestätigt, dass die Behandlung für das o.g. Paar **erforderlich** ist und **hinreichend Aussicht** besteht, dass durch die Behandlung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird (§ 27a Abs. 1 Nrn. 1 und 2 Sozialgesetzbuch V – SGB V – in Verbindung mit Nr. 5 Abs. 1 Buchst. a) der Bundesrichtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion und Nr. 4.1.2 der Richtlinie des Freistaats Bayern zur Förderung von Kinderwunschbehandlungen). Eine Indikation gem. Nr. 11.3 (IVF) bzw. Nr. 11.5 (ICSI) KB-RL[1] liegt vor.

Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt	Stempel Reproduktionseinrichtung
_____		

[1] KB-RL: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der aktuellen Fassung