

Ärztliche Erforderlichkeit

Ausfüllhilfe Formular

Anlage zum Antrag auf Gewährung einer Zuwendung für eine assistierte Reproduktion

Ärztliche Bescheinigung zur Erforderlichkeit von Maßnahmen der Reproduktionsmedizin

| | Patientin | Patientin / Patient |
|--------------|---|---|
| Familienname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |

Zutreffendes bitte auswählen bzw. ankreuzen:

Es handelt sich um folgenden Behandlungszyklus und Behandlungsart: **Wählen Sie ein Element aus.**

- Es wird bestätigt, dass die vorherige Behandlung abgeschlossen ist und ein Ergebnis vorliegt.
 - Es handelt sich um einen **Wiederholungsversuch** (nach **klinischer Schwangerschaft ohne nachfolgende Geburt** gem. Nr. 8 S. 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung¹).
 - Es handelt sich um eine Behandlung nach erfolgter Geburt (gem. Nr. 8 S. 4 der Richtlinien über künstliche Befruchtung¹).
- Anzahl und Art **bereits erfolgter Behandlungen** nach Nr. 10.3 (IVF)/ Nr. 10.5 (ICSI) der Richtlinien über künstliche Befruchtung¹: **Anzahl IVF angeben.** **Anzahl ICSI angeben.**
- 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. 8 Abs. 1 BvRinst. a) der Bundesrichtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion und Nr. 7.2 der Richtlinie zur Unterstützung von Paaren im Saarland bei der Erfüllung Ihres Kinderwunsches). Eine Indikation gem. Nr. 11.3 (IVF) bzw. Nr. 11.5 (ICSI) der Richtlinien über künstliche Befruchtung¹ liegt vor.
 - Zwischen den Antragstellenden liegt eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft vor, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Die Antragstellenden leben in einer festgefügt Partnerschaft zusammen.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Stempel Reproduktionseinrichtung

¹ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der aktuellen Fassung

Hier wird bestätigt, um welchen Zyklus es sich handelt - unabhängig in welcher Einrichtung diese durchgeführt wurden und unabhängig der beiden Behandlungsarten. Zusätzlich wird dort die zu beantragende Behandlungsart ausgewählt. **Dieses Feld muss immer ausgefüllt werden.**

Die ärztliche Erforderlichkeit wird hier bestätigt. **Dieses Feld muss immer ausgefüllt werden.**

Wenn bereits **IVF/ICSI Behandlungen** durchgeführt wurden, muss hier der Abschluss des letzten Versuches und gegebenenfalls die Voraussetzungen für einen Wiederholungsversuch bestätigt werden.

Nach erfolgreicher Geburt werden wieder förderfähige Versuche möglich. Dies muss hier neben der Anzahl vorheriger Versuche bestätigt werden. Ansonsten bleiben die Felder leer.

An dieser Stelle wird eine **nicht-eheliche Lebensgemeinschaft (NELG)** bestätigt.

