



## **Bestätigung der andrologischen Untersuchung des Mannes**

(im Rahmen Indikation zur intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI))

**für**

**Herrn  
geb.  
wohnhaft**

Aufgrund des am 02.06.2017 in Kraft getretenen Beschlusses des g-BA (gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) ist es zu einer Änderung der Nummer 11.5 (ICSI-Indikation) der Richtlinie über ärztliche Maßnahmen zur "künstlichen Befruchtung" gekommen.

Danach hat u.a. zur Prüfung der Leistungsvoraussetzung "die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung 'Andrologie' der Indikationsstellung voranzugehen".

Damit soll sichergestellt werden, "dass Erkrankungen erkannt werden, die im Zusammenhang mit der männlichen Fertilitätsstörung stehen können und ggf. vorrangig zu behandeln sind (z.B. Tumore, hypogonadotroper Hypogonadismus)."

Hiermit bestätige ich, die geforderte andrologische Untersuchung bei dem oben genannten Patienten durchgeführt zu haben.

---

(Ort/ Datum)

---

(Unterschrift und Stempel  
des untersuchenden Andrologen)