



## Bestätigung über Beratungsgespräch

(im Rahmen der „künstlichen Befruchtung“ nach § 27a,  
fünfter Abschnitt des Sozialgesetzbuch V)

**für Frau** geb. am ;  
wohnhaft: ,  
**und Herrn** geb. am ;  
wohnhaft: ,

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse besteht bei dem obengenannten Ehepaar gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur “künstlichen Befruchtung”.

Weibliche Indikation:

Männliche Indikation:

Therapie:

Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehepaar nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien “künstliche Befruchtung” gemäß § 27a, Abs. 5 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der “künstlichen Befruchtung” beraten.

Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung (z.B. Entstehung von Eierstockszysten, operationsbedingten Komplikationen, Überstimulationssyndrom, Risiko-, Eileiter- und höhergradige Mehrlingsschwangerschaften) sowie die möglichen Erfolgsaussichten wurden angesprochen und Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption, Pflegschaft) erörtert.

---

(Ort/ Datum)

---

(Unterschrift und Stempel des beratenden  
Frauenarztes)