

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar; Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- ☐ Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)
- ☐ Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- ☐ In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- ☐ Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- ☐ Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter
Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

III Kostenschätzung

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.

a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀

♂

Summe Ärztliche
Behandlung
(Euro)

♀

♂

Sachkosten und
Sprechstunden-
bedarf (Euro)

♀

♂

Gesamtsumme
für einmalig im
Reproduktionsfall
anfallende
Leistungen (Euro)

♀

♂

Ort

Datum

T T M M J J

b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀

♂

Summe Ärztliche
Behandlung
(Euro)

♀

♂

Medikamenten-
kosten
(Euro)

♀

♂

Sachkosten und
Sprechstunden-
bedarf (Euro)

♀

♂

Gesamtsumme
pro Zyklusfall
(Euro)

♀

♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

Original nach Genehmigung zum Verbleib beim
Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt

☐ nicht genehmigt
(separate Begründung
anbei)

Ort

Datum

T T M M J J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
auch auf dem Durchschlag

für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt

☐ nicht genehmigt
(separate Begründung
anbei)

Ort

Datum

T T M M J J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
auch auf dem Durchschlag