

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) _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten



geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten



geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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 Sprechstundenbedarf (Euro)

Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)

Ort

Datum

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

Medikamentenkosten (Euro)

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)

Ort

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

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal _____ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt
(separate Begründung anbei)



Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
auf beiden Ausfertigungen

für maximal _____ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt
(separate Begründung anbei)



Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
auf beiden Ausfertigungen