

Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)

Beihilfe-Nummer

Geburtsdatum

Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

nach § 40 Abs. 1 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) i.V.m.

§ 27 a Abs. 1 bis 3 Satz 1 SGB V und dem Runderlass des Niedersächsischen

Finanzministeriums vom 2.1.2012 (26.03541/0-1)

zur Vorlage bei der Beihilfestelle der Niedersächsischen Versorgungskasse

Name, Vorname (Ehefrau)

Name, Vorname (Ehemann)

geb. am

geb. am

Beihilfeberechtigte

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Beihilfeberechtigter

Berücksichtigungsfähiger Angehöriger

Sonstiger Kostenträger:

Gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Sonstiger Kostenträger:

Gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

ggf. Beihilfe-Nummer

ggf. Beihilfe-Nummer

Behandelnder Arzt

Behandelnder Arzt

Sind miteinander verheiratet: ja nein

I. Art und Umfang bisher durchgeführter Maßnahmen

Art und Anzahl bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlung:

--

II. Geplante Behandlungsmaßnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Intrazervikale, intrauterine oder intratubare **Insemination im Spontanzyklus**

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- Somatische Ursachen
- Gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion
- Subfertilität des Mannes
- Immunologisch bedingte Sterilität

Intrazervikale, intrauterine oder intratubare **Insemination nach hormoneller Stimulation** mit Gonadotropinen

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- Subfertilität des Mannes
- Immunologisch bedingte Sterilität

In-Vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- Zustand nach Tubenamputation
- Anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss
- Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose
- Idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind
- Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.

Intratubarer-Gameten-Transfer (GIFT)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose
- Idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind
- Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit – ggf. intratubarem Embryo-Transfer (ET bzw. EIFT)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- Schwere männliche Fertilitätsstörung, nachzuweisen durch zwei aktuelle Spermioogramme und durch Feststellung einer Ärztin oder eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“, dass Maßnahmen zur Herstellung der männlichen Fertilität keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind.

III. Kostenschätzung

Dem Folge-Behandlungsplan ist eine Kostenaufstellung für die geplante Maßnahme einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel beigefügt.

IV. Voraussetzungen/Bestätigung

Die künstliche Befruchtung ist erforderlich und es besteht eine hinreichende Aussicht, dass durch diese eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet. Die Ehegatten haben sich zuvor von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte unterrichten lassen.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt durch:

Ort, Datum

Unterschrift, Arztstempel

--	--