

## **Anlage 1**

**Behandlungsplan für den 4. Zyklus, betreffend gleichgeschlechtliche Paare nach Nr. 4 Abs. 2 der Hessischen Förderrichtlinie oder ihnen nach Abs. 3 der Hessischen Förderrichtlinie gleichgestellte Paare**

**Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung**

### **Nachname und Vorname der antragstellenden Personen**

---

Person 1

---

Person 2

**I. Die medizinische Notwendigkeit von Maßnahmen der assistierten Reproduktion aufgrund von krankheitsbedingter Kinderlosigkeit entsprechend den Indikationen gemäß Nummer 11.3 (für IVF) bzw. Nummer 11.5 (für ICSI) der Richtlinie über künstliche Befruchtung wurde ärztlich festgestellt**

Ja             Nein

**II. Die Maßnahme hat hinreichend Aussicht auf Erfolg:**

Ja             Nein

**III. Geplante Behandlungsmaßnahme:**

- IVF-In-Vitro-Fertilisation (gemäß Nummer 10.3)
- ICSI-Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nummer 10.5)

**IV. Anzahl und Art bereits vollständig erfolgter Behandlungen ohne Eintritt einer klinischen Schwangerschaft nach Nummer 10.3 und/oder Nummer 10.5:**

---

**V. Angaben zum Personenstatus**

Die antragstellenden Personen sind verheiratet oder leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

- Ja
- Nein

Wenn Nein: Zuwendungsberechtigt sind auch gleich- oder verschiedengeschlechtliche Paare, die in einer festgefügtten nichtehelichen Lebensgemeinschaft zusammenleben, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie auf längere Zeit und Dauer angelegt ist, keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet.

Voraussetzung ist hierbei, dass eine Person weibliche Fortpflanzungsorgane besitzt.

Zu diesen Paarkonstellationen zählen sowohl heterosexuelle als auch lesbische Paare (gem. Nr. 4 Abs. 2 der Förderrichtlinie), sowie diesen gleichgestellte gleich- oder verschiedengeschlechtliche Paare (gemäß Nr. 4 Abs. 3 der Förderrichtlinie). Gleichgestellte Paare sind solche, zu denen eine trans- oder intergeschlechtliche Person zählt.

Nach Einschätzung des unterzeichnenden Arztes leben die Antragsteller in einer festgefügt Partnerschaft zusammen.

- Ja
- Nein

**VI. Kostenplan IVF bzw. ICSI nach GOÄ:**

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.

<b>IVF (In Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer)</b>		
	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
<b>Ärztliche Behandlung</b>		
<b>Medikamentenkosten</b>		
<b>Sachkosten und Praxisbedarf</b>		
<b>Gesamt</b>		

Oder:

<b>ICSI (IVF mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion)</b>		
	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
<b>Ärztliche Behandlung</b>		
<b>Medikamentenkosten</b>		
<b>Sachkosten und Praxisbedarf</b>		
<b>Gesamt</b>		