

**Anlage 1**  
**Behandlungsplan für den 4. Zyklus**

**Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums für Maßnahmen gemäß der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

---

Nach- und Vorname der Antragstellerin

---

Nach- und Vorname des Antragstellers

**I. Die Indikation(en) gemäß Nummer 11.3 (für IVF) bzw. Nummer 11.5 (für ICSI) der Richtlinie über künstliche Befruchtung in Verbindung mit § 27a SGB V (mit Ausnahme des Abs. 1 Nr. 2 letzter HS und Nr. 3) liegen vor:**

- 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 Antragsteller sind verheiratet

- Ja  
 Nein

Wenn Nein: Zuwendungsberechtigt ist auch eine Partnerschaft in Form einer Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die auf längere Zeit und Dauer angelegt, keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet.

Nach Einschätzung des unterzeichnenden Arztes leben die Antragsteller in einer festgefügt Partnerschaft zusammen und der Mann beabsichtigt, die Vaterschaft an dem durch die beantragte Maßnahme gezeugten Kindes anzuerkennen.

- 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>Antragstellerin</b>	<b>Antragsteller</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>Antragstellerin</b>	<b>Antragsteller</b>
<b>Ärztliche Behandlung</b>		
<b>Medikamentenkosten</b>		
<b>Sachkosten und Praxisbedarf</b>		
<b>Gesamt</b>		

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift, Reproduktionsmedizinisches Zentrum