



Beihilfeberechtigte Person:

Beihilfenummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ärztliche Bescheinigung

über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach § 43 BBhV

Frau

Mann

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: privat versichert
 gesetzlich versichert
 Krankenversicherung im Ausland
 keine Krankenversicherung
 freie Heilfürsorge

privat versichert
 gesetzlich versichert
 Krankenversicherung im Ausland
 keine Krankenversicherung
 freie Heilfürsorge

miteinander verheiratet: ja nein

1. Art und Umfang bisher durchgeführter Maßnahmen:

2. Geplante Behandlungsmethode und Indikation(en):

- Insemination im Spontanzklus (§ 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 BBhV)
- somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie),
 - gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion,
 - Subfertilität des Mannes,
 - immunologisch bedingte Sterilität
- Insemination nach hormoneller Stimulation (§ 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 BBhV)
- Subfertilität des Mannes,
 - immunologisch bedingte Sterilität



- In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (§ 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 BBhV)
- 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 Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
 - immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.
- Intratubarer Gametentransfer (§ 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 BBhV)
- 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 Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (§ 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 BBhV)
- männliche Fertilitätsstörung:
Es liegt eine schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermio-gramme, erstellt auf der Grundlage des Handbuchs der WHO zu „Examination and processing of human semen“, vor. Die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen.
 - weibliche Fertilitätsstörung:
Nach Kryokonservierung nach § 43 Absatz 7 BBhV liegt eine nachgewiesene Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung vor.

3. Sonstige geplante Maßnahmen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assisted Hatching | <input type="checkbox"/> Präimplantationsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Blastocystenkultur | <input type="checkbox"/> Spindle View |
| <input type="checkbox"/> Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder nicht transferierten Embryonen | <input type="checkbox"/> Spermiselektion mittels PICSI |
| <input type="checkbox"/> Polar Aide | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Polkörperdiagnostik | |

4. 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.

Datum _____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Praxisstempel _____

