

Bitte wenden Sie sich mit diesem Formular an Ihre betreuende Praxis für Gynäkologie und legen es uns nach Unterzeichnung wieder vor (notwendig für Anträge bei der GKV, Beihilfe und Länderförderung bei unerfülltem Kinderwunsch).

**Ärztliche Bescheinigung
über die Beratung zur Insemination, IVF- bzw. IVF/ICSI-Behandlung**

durch eine(n) Ärztin/Arzt, der diese Behandlung nicht selber durchführt (entsprechend § 27a Absatz 4 SGB V und den „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 01.07.2002)

Diese Beratung ist entsprechend den „Richtlinien“ vor Durchführung der medizinischen Maßnahmen notwendig.

Hiermit bescheinige ich,

Name, Vorname, Geb.datum Patient/in:

Name, Vorname, Geb.datum Partner/in:

über Maßnahmen zur sogenannten künstlichen Befruchtung beraten zu haben.
Hierbei wurden medizinische und psychosoziale Gesichtspunkte berücksichtigt. Auf das erhöhte Mehrlingsrisiko bei Stimulationsbehandlung, Samenübertragung und In-vitro-Fertilisation eingegangen sowie die jeweiligen Erfolgsaussichten dargestellt.

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel
der beratenden Ärztin/
des beratenden Arztes

Erstellt von: S. Scheibenzuber	Geprüft durch: Dr. Würfel	Freigegeben von: Dr. Gaßner
Datum: 02_2021	Datum: 02_2021	Datum: 02_2021