

Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

nach § 40 Abs. 1 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) i.V.m. § 27a Abs. 1 bis 3 S.1 SGB V und dem Runderlass des Nds. Finanzministeriums vom 02.01.2012
zur Vorlage bei der Beihilfestelle der Norddt. Kirchl. Versorgungskasse



Name, Vorname (Ehefrau)		Name, Vorname (Ehemann)	
geb. am		geb. am	
Miteinander verheiratet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte	<input type="checkbox"/> Berücksichtigungsfähige Angehörige	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte	<input type="checkbox"/> Berücksichtigungsfähige Angehörige
Sonstige Kostenträger: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung		Sonstige Kostenträger: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
Beihilfenummer		Beihilfenummer	
Behandelnder Arzt		Behandelnder Arzt	

I. Voraussetzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind erforderlich, weil andere Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (z. B. Fertilisierungsoperation, alleinige hormonelle Stimulation) keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Der HIV-Status beider Ehepartner ist vor Beginn der Durchführung der Maßnahme bekannt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es besteht eine hinreichende Aussicht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Ehepaar hat sich vor Behandlungsbeginn durch eine Ärztin/ einen Arzt, die /der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten lassen (nicht erforderlich bei einer Insemination im Spontanzklus).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Ehefrau hat sich vor Behandlungsbeginn über die Risiken einer Röteln- oder Varizelleninfektion während der Schwangerschaft und über ggf. empfohlene Schutzimpfungen für Frauen mit Kinderwunsch beraten lassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

II. Beginn der Maßnahme (bereits erstmalige Einnahme von Arzneimitteln)

Datum

III. Geplante Behandlungsmaßnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <input type="checkbox"/> Somatische Ursachen <input type="checkbox"/> Gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion <input type="checkbox"/> Subfertilität des Mannes <input type="checkbox"/> Immunologisch bedingte Sterilität
<input type="checkbox"/> Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <input type="checkbox"/> Subfertilität des Mannes <input type="checkbox"/> immunologisch bedingte Sterilität



<input type="checkbox"/> In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer) Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zustand nach Tubenamputation <input type="checkbox"/> Anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss <input type="checkbox"/> Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose <input type="checkbox"/> Idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern — einschließlich einer psychologischen Exploration — alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind <input type="checkbox"/> Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind <input type="checkbox"/> immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
<input type="checkbox"/> Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT) Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose <input type="checkbox"/> Idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind <input type="checkbox"/> Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
<input type="checkbox"/> Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit — ggf. intratubarem Embryo-Transfer (ET bzw. EIFT) Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen 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.
Sind bereits Behandlungen nach einer oder mehreren der vorgenannten Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar die Behandlungsmaßnahme(n) _____ <div style="text-align: center;">Anzahl der durchgeführten Behandlungsmaßnahme(n) _____</div>

IV. Arzneimittel die bei der Behandlungsmaßnahme verordnet werden:

Sollte zu einem späteren Zeitpunkt die Verordnung weiterer oder anderer Arzneimittel notwendig sein, werden diese Arzneimittel der Beihilfestelle mitgeteilt.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt durch:

Ort, Datum	Unterschrift, Arztstempel
------------	---------------------------