

Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

nach § 40 Abs. 1 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) i.V.m. § 27 a Abs. 1 bis 3 Satz 1 SGB V und dem Runderlass des Niedersächsischen Finanzministeriums vom 02.01.2012 (26.03541/0-1)



Zur Vorlage bei der Beihilfefestsetzungsstelle

Name, Vorname (Ehefrau)		Name, Vorname (Ehepartner)	
Geburtstag		Geburtstag	
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte	<input type="checkbox"/> Berücksichtigungsfähige Angehörige	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter	<input type="checkbox"/> Berücksichtigungsfähiger Angehöriger
Sonstiger Kostenträger: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung		Sonstiger Kostenträger: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
ggf. Aktenzeichen Beihilfe		ggf. Aktenzeichen Beihilfe	
Behandelnde/r Ärztin / Arzt		Behandelnde/r Ärztin / Arzt	

1. Voraussetzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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 gewährte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Ehepaar hat sich vor Behandlungsbeginn durch eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten lassen (nicht erforderlich bei der Insemination im Spontanzyklus).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Ehefrau hat sich vor Behandlungsbeginn über die Risiken einer Röteln- oder Varizellen-infektion 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

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

Datum

3. Geplante Behandlungsmaßnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor: <input type="checkbox"/> Somatische Ursachen <input type="checkbox"/> Gestörte Permatozoen-Mukus-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"/>	<p>In-Vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)</p> <p>Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:</p> <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 intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind <input type="checkbox"/> Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
<input type="checkbox"/>	<p>Intratubarer-Gameten-Transfer (GIFT)</p> <p>Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:</p> <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 intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
<input type="checkbox"/>	<p>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit - ggf. intratubarem Embryo-Transfer (ET bzw. EIFT)</p> <p>Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schwere männliche Fertilitätsstörung, nachzuweisen 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.
<p>Sind bereits Behandlungen nach einer oder mehreren der vorgenannten Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p style="text-align: center;">Wenn ja: Welche Behandlungsmaßnahme(n): _____</p> <p style="text-align: center;">Anzahl der durchgeführten Behandlungsmaßnahme(n): _____</p>	

4. 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	Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes