

Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

nach § 40 Abs. 1 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) i. V. m. § 27a 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 Beihilfestelle des NLBV Aurich

Name, Vorname (Frau)	Name, Vorname (Mann)		
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"/> 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	
Personalnummer	Personalnummer		
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 bekannt bzw. wird vor Beginn der Durchführung der Maßnahme bekannt sein.	<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 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 einer Insemination im Spontanzyklus).	<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 Spermazellen der Ehepartner verwendet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Datum

III. Geplantes Verfahren (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 Spermatozoen-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

In-Vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- 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 einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind

Intratubarer-Gameten-Transfer (GIFT)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- 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 einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit – ggf. intratubarem Embryo-Transfer (ET bzw. EIFT)

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- 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.

Sind bereits Behandlungen nach einem oder mehrerer der vorgenannten Verfahren durchgeführt worden?

- Nein Ja, und zwar das / die Verfahren
Anzahl der durchgeführten Verfahren:

IV. Arzneimittel die bei der Behandlungsmaßnahme voraussichtlich verordnet werden:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit ärztlich bestätigt:

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