



Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
- ZS E 304/305 -
Turmstr. 21 Haus A
10559 Berlin

Berlin, den _____

Ärztliche Bescheinigung zur Beantragung einer Zuwendung im Rahmen der Kinderwunschbehandlung im LAGeSo Berlin

Nachname, Vorname der Patientin: _____
geboren am: _____

Nachname, Vorname des Patienten: _____
geboren am: _____

Geplante Behandlungsmaßnahme:

- IVF ICSI

Geplanter Behandlungsversuch:

2. Versuch Wiederholungsversuch zum 2. Versuch
 3. Versuch Wiederholungsversuch zum 3. Versuch

Erklärung zum Wiederholungsversuch:

Trifft nach einem Behandlungsversuch eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft ein, die nicht zu einer Geburt führt (z. B. Eileiterschwangerschaft / Abort), kann dieser Behandlungsversuch gem. Nr. 8 der Richtlinie über künstliche Befruchtung wiederholt werden. Somit ist eine erneute Förderung ebenfalls möglich.

Hiermit wird bestätigt, dass es sich nicht um eine Kryobehandlung handelt:

Das Kinderwunschzentrum bestätigt, dass die medizinischen Voraussetzungen des § 27a Abs. 1 SGB V folgende Nummern vorliegen:

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
4. ausschließlich Ei- und Spermazellen der Ehegatten / Lebenspartner verwendet werden

Stempel Reproduktionspraxis und Unterschrift