

Anlage 1
Muster Behandlungsplan

Name der Krankenkasse			Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten (weibl.)			Name, Vorname des Versicherten (männl.)		
W			M		
		Geb. am			Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.		Datum	Vertragsarzt-Nr.		Datum

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. §27a SGB V sowie der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" des Gemeinsamen Bundesausschusses für die o.g. Ehegatten.

I. Indikation(en) gem. Nr. 11.1 bis Nr. 11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung:

II. Geplante Behandlungsmaßnahme:

- Insemination im Spontanzklus (gem. Nr.10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gem. Nr.10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gem. Nr.10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gem. Nr.10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gem. Nr.10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen nach Nr.10.1 bis Nr.10.5.....

.....

III. Kostenschätzung:

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt.
Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenpanne in Euro anzugeben.

III a. Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen:

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

<u>W:</u>	<u>M:</u>
------------------	------------------

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

<u>W:</u>	<u>M:</u>
------------------	------------------

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

<u>W:</u>	<u>M:</u>
------------------	------------------

Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)

<u>W:</u>	<u>M:</u>
------------------	------------------

nicht genehmigt (separate
Begründung anbei)

Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse

nicht genehmigt (separate
Begründung anbei)

Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse