Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)	Beihilfe-Nummer	Geburtsdatum

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 2.1.2012 (26.03541/0-1)

zur Vorlage bei der Beihilfestelle der Niedersächsischen Versorgungskasse

Name, Vorname (Ehefrau)	Name, Vorname (Ehemann)
geb. am	geb. am

☐ Beihilfeberechtigte	☐ Berücksichtigungsfähige Angehörige	☐ Beihilfeberechtigte	☐ Berücksichtigungsfähiger Angehöriger
Sonstiger Kostenträger:		Sonstiger Kostenträger:	
☐ Gesetzliche Krankenversicherung	☐ Private Krankenversicherung	☐ Gesetzliche Krankenversicherung	☐ Private Krankenversicherung
ggf. Beihilfe-Nummer		ggf. Beihilfe-Nummer	
Behandelnder Arzt		Behandelnder Arzt	

I. Voraussetzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der HIV-Status beider Ehepartner ist vor Beginn der Durchführung der Maßnahme bekannt	☐ Ja ☐ Nein
Es besteht eine hinreichende Aussicht, dass durch die gewährte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.	☐ Ja ☐ 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).	☐ Ja ☐ 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.	☐ Ja ☐ Nein
Es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet.	☐ Ja ☐ Nein

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

Datum

III. Geplante Behandlungsmaßnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- ☐ Somatische Ursachen
- ☐ Gestörte Permatozoen-Mukus-Interaktion
- ☐ Subfertilität des Mannes
- ☐ Immunalogisch bedingte Sterilität

☐ Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen

Nachfolgend angekreuzte Indikation liegt vor:

- ☐ Subfertilität des Mannes
- ☐ Immunalogisch 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 Gonadotrpinen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- ☐ Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotrpinen 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 - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach einer intrazervikalen, intrauterinen oder intratubaren Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotrpinen 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 Spermiogramme 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:

☐ Nein	☐ Ja, und zwar die Behandlungsmaßnahme(n) Anzahl der durchgeführten Behandlungsmaßnahme(n):

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