



## Antrag auf Kostenübernahme für eine künstliche Befruchtung

Name, Vorname der Versicherten	Name, Vorname des Ehepartners
Krankenversicherten-Nr.	Krankenversicherten-Nr.
Krankenkasse <b>ESSO BKK</b>	Krankenkasse

Wir beantragen die Kostenübernahme für eine künstliche Befruchtung und bestätigen, dass wir verheiratet sind.

Therapieversuche mit einer künstlicher Befruchtung haben wir bereits durchgeführt:

nein       ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Versuche mit folgender Methode:

\_\_\_\_\_

Ohne Erfolg wurde bisher folgende Art der künstlichen Befruchtung durchgeführt:

- Insemination \_\_\_\_\_ mal  
 IVF \_\_\_\_\_ mal  
 ICSI \_\_\_\_\_ mal  
 sonstige: \_\_\_\_\_ mal

Eine Sterilisation wurde durchgeführt:  nein       ja, und zwar im Jahr \_\_\_\_\_

Wir sind zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme beide HIV-negativ:  nein       ja

Bei der Frau besteht ein ausreichender Schutz gegen Röteln:  nein       ja

Es werden ausschließlich unsere eigenen Ei- und Samenzellen verwendet:  nein       ja

Wir bestätigen die Richtigkeit dieser Angaben mit unserer Unterschrift. Wir sind von einem Arzt, der die künstliche Befruchtung nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Ehepartners