

Anlage II Muster-Folge-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

Folge-Behandlungsplan zum Behandlungsplan vom
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)

Art und Anzahl bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft
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>
------------------	------------------

<input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)	<input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)
Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse	Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse