

**EXT
BERA**

Externe Beratung für
Patienten der gesetzlichen
Krankenkassen

KINDERWUNSCH

Zentrum Altonaer Strasse
im Gynaekologikum Hamburg GbR
Medizinisches Versorgungszentrum

Patientin:

Patient:

ausgehändigt am:

habe ich heute über die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung beraten. Hierbei wurde insbesondere auf das erhöhte Mehrlingsrisiko bei Stimulationsbehandlung, Samenübertragung und In-vitro-Fertilisation eingegangen sowie die jeweiligen Erfolgsaussichten dargestellt. Weiterhin wurde auf spezielle Verfahren wie die Intracytoplasmatische Spermieninjektion eingegangen. Es wurden medizinische, psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt.*

Stempel

Name des Hausarztes;Dr. med. Hausarzt
Straße und Hausnummer(Hausarzt);Hausarztweg 5
PLZ und Ortsname(Hausarzt);56070 Koblenz

Ort und Datum

Unterschrift des beratenden
Arztes/Ärztin

Hinweis: Für die Beratung des Paares EBM-Nr.
08521 (300 Punkte) ist die Krankenkasse der
rau leistungspflichtig.

Wir bestätigen hiermit, dass wir eingehend und ausführlich die Aspekte und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung beraten wurden. Alle unsere Fragen wurden ausführlich beantwortet.

Name des Patienten

Name des Partners

Wir bestätigen durch unsere Unterschrift, dass wir miteinander verheiratet und bisher keine Leistungen der künstlichen Befruchtung (in-vitro-Fertilisation = IVF, intracytoplasmatische Spermien-Injektion = ICSI) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet worden sind.

Name des Patienten

Name des Partners