



BIELEFELD FERTILITY CENTER

IHR KINDERWUNSCHTEAM

Gemeinschaftspraxis

Dr. Karl Völklein

Beata Szypajlo

Dr. Wiebke Rübberdt

Kathrin Brandhorst

Dr. Pia Ridwan

Dr. Elisabeth Haarmann

Ernesta Raudeliunaite

Dr. Ekaterina Troskina

Natia Darchiashvili

Manar Jallad

Liebes Kinderwunschpaar,

wir freuen uns, Ihren Termin am _____ um _____ Uhr

bei folgendem Arzt _____ zu bestätigen.

Zudem bitten wir zur Optimierung unserer Sprechstunde
eine Woche vor dem Termin um telefonische Terminbestätigung.

Anbei finden Sie eine Wegbeschreibung und Informationsmaterial.
Bitte füllen Sie die beiliegenden Patientenfragebögen soweit wie möglich aus!

Bitte erscheinen Sie 20 Minuten vor dem Termin, damit wir Ihre Akte vorbereiten können.
Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte spätestens
2 Tage vorher ab.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit (falls vorhanden)!



- OP-Berichte
- Krebsvorsorgebericht
- Überweisungsschein des Frauenarztes
- Kopie der Heiratsurkunde
- Ihre Krankenversicherungskarte
- Personalausweis in Kopie
- Impfpass/buch



- Spermiogramm
- Hormonstatus
- Krankenversicherungskarte
- Personalausweis in Kopie
- Impfpass/buch

Bitte vom Gynäkologen/in ausfüllen lassen (falls es zu einer Behandlung kommt)!!!

Beratungs- und Indikations-Bestätigung §27a Nr.16 KüBef

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse besteht bei dem Ehepaar

Frau _____ und Herrn _____

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine
Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehepaar nach den Nummern
7 und 13 bis 15 der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“ gemäß § 27a. Abs. 4 SGB V über die
medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Frauenarzt/-ärztin / Gynäkologe/in