



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
- Impfpass/buch



- Spermiogramm
- Hormonstatus
- Krankenversicherungskarte
- 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

Abrechnungshinweise: 1. Abrechnungsziffer für gesetzlich Versicherte 08521 (aktuell 2-2007)