

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Universitäres  
Kinderwunschzentrum  
Lübeck | Manhagen

Anmeldung: Tel: 0451 505 778 10

## Bescheinigung über einen Leistungsanspruch von Versicherten auf Kryokonservierung von Keimzellen wegen keimzellschädigender Therapie

### Eintragungen durch den Facharzt, der die Grunderkrankung diagnostiziert oder behandelt

Die obengenannte Person hat Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, da eine Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach der Richtlinie über künstliche Befruchtung vornehmen zu können.

Diagnose: \_\_\_\_\_ ICD-10: \_\_\_\_\_

etwaige **vorangegangene Therapie** der Grunderkrankung: \_\_\_\_\_

**geplante** keimzellschädigende **Therapie** (bitte ankreuzen):

operative Entfernung der Keimdrüsen , Strahlentherapie , fertilitätsschädigende Medikation

bekannte **Komorbiditäten**: \_\_\_\_\_

bei weiblichen Versicherten: Liegt ein **hormonabhängiger Tumor** vor? Ja  nein

Art: \_\_\_\_\_

**Empfehlung** zu dem zur Verfügung stehenden **Zeitfenster** für die Maßnahmen zur Kryokonservierung:

Eine **Beratung** unter Berücksichtigung der individuellen Prognose, über die mit der Behandlung der Grunderkrankung verbundenen Risiken für eine Keimzellschädigung und Erstinformationen über die Möglichkeit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung, **ist erfolgt**.

Die Grunderkrankung wurde diagnostiziert und die Indikation zu einer reproduktionsmedizinischen/ andrologischen Beratung festgestellt **durch**:

Arztstempel/Unterschrift

### Eintragungen durch den Reproduktionsmediziner/ Andrologen

Die Beratung wurde unter Berücksichtigung der Grunderkrankung selbst, des Alters des Patienten und der Prognose durchgeführt. Erfolgsaussichten, Risiken der möglichen Maßnahmen und eventuelle psychosoziale Belastungen wurden erörtert.

Arztstempel/Unterschrift