



Kinderwunschzentrum Darmstadt  
Bratustrasse 9

64293 Darmstadt

Tel: 06151 500 98 0

Fax: 06151-500 98 500

www.kinderwunschzentrum-da.de info@ivf-da.de

---

## Betr.: Richtlinien zur künstlichen Befruchtung

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

zunächst möchten wir uns herzlich für die Überweisung bedanken.

Wie Sie wissen, sind gesetzgeberische Einschränkungen und Richtlinien erlassen worden, die unbedingt eingehalten werden müssen, insbesondere für eine Kostenübernahme durch die GKV.

Dazu gehört die Beratung des Ehepaares durch einen Frauenarzt oder einen Arzt mit entsprechenden Kenntnissen im Bereich der Reproduktionsmedizin über die medizinischen und psychosozialen Probleme der künstlichen Befruchtung (**Der beratende Arzt darf nicht derjenige sein, der die Behandlung durchführt**) sowie bei notwendiger ICSI-Therapie eine andrologische Untersuchung.

Eine Beratung ist zwingend vorgeschrieben für folgende Maßnahmen:

1. Insemination mit Polyovulation
2. Intratubarer Gamententransfer (GIFT)
3. In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (IVF/ET)
4. Intracytoplasmatische Spermieninjektion  
(Für die Insemination ohne Polyovulation ist keine Beratung erforderlich)

Über die Beratung/Untersuchung muss eine Bescheinigung ausgestellt werden. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diese erforderliche Bescheinigung der Patientin/dem Patienten ausstellen würden (entsprechende Muster haben wir angefügt).

Für den Fall, dass die definitive therapeutische Maßnahme bei Überweisung noch nicht indiziert ist und die Indikationsstellung erst durch uns erfolgt, werden wir die Patientin /den Patienten zwecks Beratung/Untersuchung an Sie zurück überweisen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

---

Kinderwunschzentrum Darmstadt

-Partnerschaft-  
Prof. Dr. med. G. Leyendecker  
Frau Dr. med. A. Bilgicyildirim  
Dr. med. Matthias Inacker

-Gemeinschaftspraxis-  
Frau Dr. med. Bilgicyildirim  
Dr. med. Matthias Inacker

# Beratungs- und Indikations-Bestätigung

(vom überweisenden Frauenarzt auszufüllen)

---

[(Arztstempel) ]

[ ]

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.

Folgende Diagnose(n) führte(n) zur Indikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, **habe ich das Ehepaar nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“ gemäß § 27 a, Abs. 4 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten.** Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung sowie die möglichen Erfolgsaussichten wurden angesprochen und Alternativen zum eigenen Kind (z. B. Adoption) erörtert.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Frauenarztes

**Bescheinigung über andrologische  
Untersuchung vor ICSI-Therapie**  
(von einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung Andrologie  
auszufüllen)

---

[(Arztstempel) ]

[ ]

Aufgrund unerfüllten Kinderwunsches erfolgte bei

Herrn \_\_\_\_\_

gemäß den Richtlinien  
des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen  
über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche  
Befruchtung“)  
in der Fassung vom 14. August 1990 veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr.  
12  
zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT  
01.06.2017 B4 in Kraft getreten am 2. Juni 2017  
Abschnitt 11.5.

eine andrologische Untersuchung und Beratung.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes