

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

Anlage 9 - Verfahrenswechsel



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

Ärztliche Bestätigung eines Verfahrenswechsels zur Mitteilung an die BKK (Mitteilung erfolgt direkt vom Zentrum an die zuständige BKK der Ehefrau)

Bei dem o. g. Kinderwunschpaar liegt die Voraussetzung einer schweren männlichen Fertilitätsstörung entsprechend der „Richtlinie über künstliche Befruchtung“, gem. Nr. 11.5 vor.

Ein Verfahrenswechsel von einer IVF zu einer ICSI im Sinne einer Not-ICSI ist daher medizinisch angezeigt.

Wir bitten um Kenntnisnahme und Beachtung im Rahmen der selektivvertraglichen Abrechnung zum Programm „BKK Kinderwunsch“.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift