

Krankenkasse bzw. Kostenträger der Ehefrau

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
--------------------------------	--------

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
------------	------------------	--------

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
---------------------	----------	-------

Krankenkasse bzw. Kostenträger des Ehemanns

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
--------------------------------	--------

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
------------	------------------	--------

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
---------------------	----------	-------



Anlage 6

Information für die Patientin:

Bitte senden Sie die ausgefüllte Teilnahmeerklärung zusammen mit dem Antrag auf Genehmigung (Anlage 7 für Versuch 1-3 oder Anlage 8 für Versuch 4) an Ihre BKK!

Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten

Für die Besondere Versorgung von Paaren mit Kinderwunsch durch die Fachärzte für Reproduktionsmedizin nach dem Vertrag gem. § 140a SGB V „BKK Kinderwunsch“

(Name/Stempel des Zentrums)

Teilnahme

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach dem Programm „BKK Kinderwunsch“ ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Sie ist von Vollendung des 25. Lebensjahres bis Vollendung des 42. Lebensjahres der Frau (Ehemann bis Vollendung 50. Lebensjahr) und nur im Zusammenhang mit dem von der leistungspflichtigen Betriebskrankenkasse genehmigten (Folge-)Behandlungsplan (Anlage I der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung) gültig*.

Roter GKV-Behandlungsplan (notwendig für Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres) vom: _____

Die Teilnahme an dem Programm „BKK Kinderwunsch“ kann nur bei einem teilnehmenden Zentrum für Reproduktionsmedizin erfolgen.

Wir sind informiert, dass wir an unsere Teilnahmeerklärung für ein Jahr gebunden sind und unser Recht auf freie Arztwahl innerhalb der teilnehmenden Reproduktionsmedizinischen Zentren auch während der Teilnahme erhalten bleibt.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch Sie schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Betriebskrankenkasse mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Unsere Erklärung zur Teilnahme an dem Programm können wir innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die Betriebskrankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die Betriebskrankenkasse auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Ihre Teilnahme an dem Vertrag endet außerdem:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Betriebskrankenkasse,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Rahmenvertrags,
- mit der Geburt eines Kindes
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Zentrum und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden Zentrums für Reproduktionsmedizin.

Einverständniserklärung

Wir sind über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünschen eine Teilnahme. Insbesondere stimmen wir der Beschränkung auf maximal zwei Embryonen (wenn medizinisch sinnvoll, Single-Embryotransfer) zu.

Die Patienteninformation haben wir erhalten und sind mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden. Wir sind informiert, dass die Genehmigung der BKK (abweichend von den Regularien zur Genehmigung von 12 Monaten in der GKV-Regelleistung) für maximal 24 Monate bzw. bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres der Frau gilt. Wir nehmen zur Kenntnis, dass wir für die rechtzeitige Einholung der Folgegenehmigung für das Programm BKK Kinderwunsch bei der BKK zuständig sind.

Wir erklären, dass wir jeweils bei der angegebenen Krankenkasse versichert sind und einen Wechsel mitteilen sowie bei Änderung des Versichertenverhältnisses unser behandelndes Zentrum informieren.

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) haben wir erhalten. Wir erklären hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Uns ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Datum

Unterschrift Ehefrau

Unterschrift Ehemann

Für Kinderwunschpaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr vollendet hat oder den 4. Behandlungsversuch durchführt, handelt es sich um einen Zuschuss für den Behandlungsversuch nach erfolgtem Transfer (Versuch 1-3 Zuschusshöhe für das medizinisch angezeigte Verfahren: IVF 800 € oder ICSI 1.000 € bzw. Versuch 4 IVF: 800 € oder ICSI 1.000 €). Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind bei Patientinnen über 40 Jahre oder im 4. Versuch **vollständig privat** zu leisten. Ein sog. Abbruchszyklus (geplanter Behandlungszyklus, der aus medizinischen Gründen vor der Follikelpunktion oder nach der Follikelpunktion ohne identifizierbare Eizelle abgebrochen wird) wird nicht übernommen.

Eine Kopie der Teilnahmeerklärung haben wir zur Kenntnis erhalten.