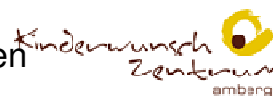


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bescheinigung über einen vorliegenden
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 Spermazellen 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
