



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

Bescheinigung

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

Eintragungen durch die Fachärztin / den Facharzt, die/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
 vorangegan-
 gene Therapie
 der Grund-
 erkrankung

Geplante
 keimzell-
 schädigende
 Therapie

- ☐ operative Entfernung der Keimdrüsen
☐ Strahlentherapie
☐ fertilitätsschädigende Medikation

Bekannte
 Komorbiditäten

Bei weiblichen
 Versicherten

Liegt ein hormonabhängiger Tumor vor? ☐ Nein ☐ Ja

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 Grunder-
 krankung verbundenen Risiken für eine Keimzellschädi-
 gung und Erstinformationen über die Möglichkeit einer
 reproduktions-medizinischen Behandlung, **ist erfolgt**.

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

Ort und Datum

Arztstempel/Unterschrift

Eintragungen durch die/den Reproduktions- mediziner, -medizinerin / Andrologen/Andrologin

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

Ort und Datum

Arztstempel/Unterschrift



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

Bescheinigung

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

Eintragungen durch die Fachärztin / den Facharzt, die/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
 vorangegan-
 gene Therapie
 der Grund-
 erkrankung

Geplante
 keimzell-
 schädigende
 Therapie

☐ operative Entfernung der Keimdrüsen

☐ Strahlentherapie

☐ fertilitätsschädigende Medikation

Bekannte
 Komorbiditäten

Bei weiblichen
 Versicherten

Liegt ein hormonabhängiger Tumor vor? ☐ Nein ☐ Ja

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 Grunder-
 krankung verbundenen Risiken für eine Keimzellschädi-
 gung und Erstinformationen über die Möglichkeit einer
 reproduktions-medizinischen Behandlung, **ist erfolgt**.

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

Ort und Datum

Arztstempel/Unterschrift

Eintragungen durch die/den Reproduktions- mediziner, -medizinerin / Andrologen/Andrologin

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

Ort und Datum

Arztstempel/Unterschrift