

Anlage 15 – Abrechnungsformular zur Kinderwunschbehandlung

Adresse Reprozentrum

Frau
Anna Test
Musterstr. 11
11111 Musterstadt

Abrechnung der Leistungen bzgl. Ihrer Teilnahme am Programm „BKK Kinderwunsch“

Bitte geben Sie bei Ihrer Zahlung folgende Daten im Verwendungszweck an:

Rechnungsdatum:

Rechnungsnummer:

Sehr geehrte Frau Test,

im Rahmen Ihrer Teilnahme am Programm „BKK Kinderwunsch“ sind folgende Leistungen durchgeführt worden:

Durchgeführte Leistung am	Leistungsbezeichnung	Gesamtkosten in Euro	BKK-Anteil in Euro	Ihr Anteil in Euro
	Versuch (1-3) IVF bei Patientinnen nach Vollendung des 40. Lebensjahres		800,00	
	Versuch (1-3) ICSI bei Patientinnen nach Vollendung des 40. Lebensjahres		1.000,00	
	Kryozyklus (max. 2)		350,00	
	Blastozystenkultur (max. 2)		250,00	
	4. Versuch IVF		800,00	
	4. Versuch ICSI		1.000,00	

Bitte überweisen Sie Ihren Anteil in Höhe von _____ Euro innerhalb von 14 Tagen an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Mit freundlichen Grüßen