

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

Anlage 10 - 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

Genehmigung* der Krankenkasse zum Verfahrenswechsel

Der beantragte Verfahrenswechsel wird genehmigt.

Stempel

Datum und Unterschrift

* Die Genehmigung muss **innerhalb von einem Tag** nach Mitteilung durch das Zentrum erfolgen. Sofern die Genehmigungsfrist von einem Tag durch die BKK nicht eingehalten wird, so gilt der Fall gegenüber dem Zentrum als genehmigt.