

## 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 <u>nach Vollendung</u> des 40. Lebensjahres			
	Versuch (1-3) ICSI bei Patientinnen <u>nach Vollendung</u> des 40. Lebensjahres			
	Kryozyklus		350,00	
	Blastozystenkultur		250,00	
	4. Versuch IVF		500,00	
	4. Versuch ICSI		700,00	

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

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Mit freundlichen Grüßen

Stand 01.04.2021