

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

## Anlage 6

### **Information für die Patientin:**

Bitte senden Sie die ausgefüllte Teilnahmeerklärung zusammen mit dem Antrag auf Genehmigung (Anlage 7 für Versuch 1-3 oder Anlage 8 für Versuch 4 an Ihre BKK!

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

### **Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten**

Für die Besondere Versorgung von Paaren mit Kinderwunsch durch die Fachärzte für Reproduktionsmedizin nach dem Vertrag gem. § 140a SGB V „BKK Kinderwunsch“

\_\_\_\_\_  
(Name/Stempel des Zentrums)

### **Teilnahme**

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach dem Programm „BKK Kinderwunsch“ ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Sie ist von Vollendung des 25. Lebensjahres bis Vollendung des 42. Lebensjahres der Frau (Ehemann bis Vollendung 50. Lebensjahr) und nur im Zusammenhang mit dem von der leistungspflichtigen Betriebskrankenkasse genehmigten (Folge-)Behandlungsplan (Anlage I der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung) gültig\*.

Roter GKV-Behandlungsplan (notwendig für Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres) vom: \_\_\_\_\_

Die Teilnahme an dem Programm „BKK Kinderwunsch“ kann nur bei einem teilnehmenden Zentrum für Reproduktionsmedizin erfolgen.

Wir sind informiert, dass wir an unsere Teilnahmeerklärung für ein Jahr gebunden sind und unser Recht auf freie Arztwahl innerhalb der teilnehmenden Reproduktionsmedizinischen Zentren auch während der Teilnahme erhalten bleibt.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch Sie schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Betriebskrankenkasse mit Wirkung für die Zukunft möglich.

**Unsere Erklärung zur Teilnahme an dem Programm können wir innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.**

Die Teilnahme kann durch die Betriebskrankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die Betriebskrankenkasse auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Ihre Teilnahme an dem Vertrag kann außerdem beendet werden

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Betriebskrankenkasse,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Rahmenvertrags,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Zentrum und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden Zentrums für Reproduktionsmedizin.

### Einverständniserklärung

Wir sind über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünschen eine Teilnahme. Insbesondere stimmen wir der Beschränkung auf maximal zwei Embryonen zu.

Die Patienteninformation haben wir erhalten und sind mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Wir erklären, dass wir jeweils bei der angegebenen Krankenkasse versichert sind und einen Wechsel mitteilen sowie bei Änderung des Versicherungsverhältnisses unser behandelndes Zentrum informieren.

**Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) haben wir erhalten. Wir erklären hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Uns ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehefrau

\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehemann

*\* Für Kinderwunschaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr vollendet hat oder den 4. Behandlungsversuch durchführt, handelt es sich um einen Zuschuss für den Behandlungsversuch nach erfolgreichem Transfer (Zuschusshöhe analog zur GKV-Leistung für das medizinisch angezeigte Verfahren IVF oder ICSI in Höhe von 50%). Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind bei Patientinnen über 40 Jahre oder im 4. Versuch **vollständig privat** zu leisten. Ein sog. Abbruchzyklus (geplanter Behandlungszyklus, der aus medizinischen Gründen vor der Follikelpunktion oder nach der Follikelpunktion ohne identifizierbare Eizelle abgebrochen wird) wird nicht übernommen.*

Eine Kopie der Teilnahmeerklärung haben wir zur Kenntnis erhalten.