

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

Anlage 6a



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 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*.

Behandlungsplan vom: _____

Wir verpflichten uns für die Dauer der Teilnahme - bis zum Ende des 3. bzw. 4. Versuchs oder mit der ärztlichen Bestätigung einer Schwangerschaft - ausschließlich unser gewähltes Zentrum für Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Ein Zentrumswechsel zu einem anderen teilnehmenden Zentrum oder eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Der Zentrumswechsel ist dabei der Betriebskrankenkasse schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift anzuzeigen. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch Sie schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Betriebskrankenkasse mit Wirkung für die Zukunft zum Quartalsende möglich.

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

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 (Verstoß gegen die Arztbindung) außerordentlich beendet werden.

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

**Der Behandlungsplan entfällt für Kinderwunschaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr bereits vollendet hat oder es sich um den 4. Versuch handelt. 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. Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind vollständig privat zu leisten. Ein Abbruchzyklus wird nicht übernommen.*