

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

Anlage 9 – Genehmigung Kryokonservierung



Antrag auf Kostenbeteiligung einer Kryokonservierung für Patienten mit einer Krebsdiagnose vor Beginn einer weiterführenden Krebstherapie im Rahmen des Vertrags „BKK Kinderwunsch“ nach § 140a SGB V

- Bei dem Patienten/der Patientin wurde die Diagnose einer Krebserkrankung gestellt.
- Der Beginn einer weiterführenden Krebsbehandlung ist vorgesehen.

Datum der Diagnosestellung: _____

Diagnose nach ICD-10-GM: _____

Datum der Zellentnahme und Kryokonservierung: _____

Genehmigung der Krankenkasse für den Zuschuss zur Kryokonservierung bei Krebspatienten:

Die Voraussetzungen* für eine Kostenbeteiligung an der Kryokonservierung vor Beginn einer Krebstherapie in Höhe von 100,00 Euro durch die BKK sind:

gegeben nicht gegeben

- Die Verrechnung erfolgt durch die ReproMed Service GmbH.

* Der Versicherte hat das 42. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Ansprechpartner/in der Betriebskrankenkasse:

Herr/Frau _____

Telefon _____

E-Mail _____

Stempel

Datum und Unterschrift