

Beratungsbestätigung

durch eine Ärztin/einen Arzt, der die Behandlungen der assistierten Reproduktion nicht selbst durchführt.

Das Ehepaar

Frau _____

und Herr _____

wurde nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“ gemäß § 27a, Abs. 4 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten.

Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung sowie die möglichen Erfolgsaussichten wurden angesprochen und Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption) erörtert.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der/desberatenden Ärztin/Arztes

*Bitte geben Sie dem Patientenpaar auch eine aktuelle
Überweisung
„zur IVF / ICSI-Therapie“ mit.*