

**Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
Team 3 SL 1
Domhof 1**

31134 Hildesheim

- Erstmalige Antragstellung** (bitte ankreuzen)
oder
 Folgeantrag zum Aktenzeichen: Ass.Repro _____ (bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für
die In-Vitro-Fertilisations (IVF) – oder
die Intrazytoplasmatische Spermieninjektions (ICSI) - Behandlung
nach der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen
der assistierten Reproduktion durch den Bund und das Land Niedersachsen*

1. Antragsteller

Ehepartnerin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefonnummer*	
E-Mail-Adresse*	

* Angaben sind freiwillig

gesetzlich krankenversichert: ja
(GKV) Krankenkasse: _____
Vers.-Nr.: _____
 nein

privat krankenversichert ja
(PKV) PKV bei: _____
Vers.-Nr.: _____
 nein

- *Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29.03.2012 und Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion des Landes Niedersachsen (Erl. d. MS. v. 27.11.2012; Nds. MBl. Nr. 45 vom 12.12.2012)

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge ja

(nur für privat Versicherte und
spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle: _____

Personal-Nr: _____

50 v. H. beihilfeberechtigt

70 v. H. beihilfeberechtigt

nein

Ehepartner

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
Postleitzahl, Ort:	_____

gesetzlich krankenversichert: ja

(GKV)

Krankenkasse: _____

Vers.-Nr.: _____

nein

privat krankenversichert

(PKV)

ja

PKV bei: _____

Vers.-Nr.: _____

nein

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge ja

(nur für privat Versicherte und
spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle: _____

Personal-Nr: _____

50 v. H. beihilfeberechtigt

70 v. H. beihilfeberechtigt

nein

2. Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für:

IVF- Behandlung

ICSI – Behandlung

erster Behandlungszyklus oder

Jeder Versuch ist einzeln

zweiter Behandlungszyklus oder

zu beantragen

dritter Behandlungszyklus oder

vierter Behandlungszyklus

Der Behandlungsplan (bei gesetzlich krankenversicherte Personen der durch die GKV bestätigte Behandlungsplan) mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel liegt dem Antrag bei.

- Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme liegt dem Antrag bei (nur erforderlich, wenn kein Behandlungsplan vorliegt - z.B. bei Privatpatienten oder einem zusätzlichen Versuch ohne Kostenbeteiligung der GKV)
- Die Kostenübernahmeerklärung der PKV liegt dem Antrag bei.
- Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfe/Heilfürsorge, der die Höhe der Erstattung ausweist, liegt dem Antrag bei.
- Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der GKV/PKV liegt dem Antrag bei.
- Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der Beihilfe/Heilfürsorge liegt dem Antrag bei.

3. Zuwendungsvoraussetzungen

a) Hauptwohnsitz in Niedersachsen: Ja Nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Bitte Nachweis beifügen

- Aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes ist beigelegt oder
- Lesbare Kopien der Personalausweise sind beigelegt

b) Die Antragsteller sind miteinander verheiratet, seit _____ ⇐ **Angabe erforderlich!**
(Datum der Eheschließung, Tag, Monat, Jahr)

c) Alter der Partnerin _____ Jahre Alter des Partners _____ Jahre ⇐ **Angabe erforderlich!**

d) Behandlung erfolgt in Reproduktionseinrichtung in

⇐ **Angabe erforderlich!**

Postleitzahl, Ort

Bundesland

e) Vor der IVF- / ICSI- Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch einen Arzt erfolgt, der die Behandlung nicht selbst durchführt.

Ja Nein ⇐ **Angabe erforderlich!**
(kein schriftlicher Nachweis erforderlich)

4. Finanzierungsplan

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Spalte ein.

In die nächsten Spalten sind die Erstattungen von den Krankenkassen (PKV/GKV) oder evtl. Beihilfen/Leistungen der Heilfürsorge einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen.

Der verbleibende Eigenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber*.

*Die Zuwendung beträgt 50 % des den Paaren nach Abrechnung mit der (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung sowie ggf. der Beihilfestelle verbleibenden Eigenanteils höchstens jedoch

für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF-Behandlung bis zu 800,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 900,- € des Eigenanteils,

für den vierten Behandlungszyklus:

- a) IVF-Behandlung bis zu 1.600,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 1.800,- € des Eigenanteils.

	IVF- Behandlung	ICSI- Behandlung	Beispielrechnung
Gesamtausgaben	€	€	3.450,00 €
davon übernehmen:			
a) GKV /PKV:*	€	€	1.725,00 €
b) Beihilfe/Heilfürsorge:*(Wenn Anspruch besteht)	€	€	0,00€
c) verbleibender Eigenanteil:	€	€	1.725,00 €
Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden: (Der verbleibende Eigenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber)			
d) Durch Antragsteller:	€	€	862,50 €
e) Beantragte Zuwendung:	€	€	862,50 €
Summe d) + e)	€	€	1.725,00 €

*

Die Erstattung der GKV bzw. der PKV+Beihilfe/Heilfürsorge beträgt grundsätzlich 50 % der Gesamtausgaben. Verschiedene Krankenkassen bewilligen Leistungen über die gesetzliche Mindestleistung von 50 % der Gesamtausgaben hinaus. Sollte dies der Fall sein, sind diese Zusatzleistungen unter Buchstabe a) mit einzutragen.

5. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

Die vorstehend erhobenen Daten sind für die Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Für dessen weitere Bearbeitung ist Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung notwendig. Sie können diese Einwilligung verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle der Verweigerung der Einwilligung ist eine Bewilligung der beantragten Leistung nicht möglich.

Wir stimmen der Verarbeitung der erhobenen Daten zum oben genannten Zweck zu.

ja nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Wir ermächtigen das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, bei den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkasse, Beihilfestelle, private Krankenversicherung etc.) Auskünfte über von dort bewilligte / versagte Leistungen für die künstliche Befruchtung einzuholen.

ja nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Wir erklären uns damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei der Reproduktionseinrichtung und der Apotheke Auskünfte zur Behandlung in dem Umfang einholt, wie diese für die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Insoweit entbinden wir die vom Landesamt um Auskunft gebetene Klinik bzw. deren Ärztinnen / Ärzte und die Apotheke und deren Angestellte von ihrer Schweigepflicht.

ja nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Die erhobenen Daten werden statistisch ausgewertet und anonymisiert an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 50964 Köln, weitergegeben.

6. Erklärung der Antragsteller

 ⇐ **Angabe erforderlich!**

Hiermit erklären die Antragsteller, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. (Als Maßnahmebeginn gilt der Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Abgabe einer Patientenerklärung zwischen Arzt und Patienten für den jeweiligen Behandlungsversuch sowie das Einlösen von Rezepten). **Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung erst begonnen werden darf, wenn uns der Bewilligungsbescheid vorliegt.**

Alle in diesem Antrag (einschließlich der beigefügten Antragsunterlagen) gemachten Angaben sind richtig und vollständig.

Datum, Unterschriften der Ehepartner