

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

Bescheinigung über einen vorliegenden Leistungsanspruch von Versicherten auf Kryokonservierung von Keimzellen wegen keimzellschädigender Therapie

Eintragungen durch den Facharzt, der die Grunderkrankung diagnostiziert oder behandelt

Die obengenannte Person hat Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, da eine Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach der Richtlinie über künstliche Befruchtung vornehmen zu können.

Diagnose: _____ ICD-10: _____

etwaige **vorangegangene Therapie** der Grunderkrankung: _____

geplante keimzellschädigende **Therapie** (bitte ankreuzen):

- operative Entfernung der Keimdrüsen
- Strahlentherapie
- fertilitätsschädigende Medikation

Bekannte **Komorbiditäten**: _____

Pubertätsstatus: prä-pubertär Pubertät eingesetzt Menarche seit: _____

Bei weiblichen Versicherten: Liegt ein **hormonabhängiger Tumor** vor? Ja nein

Art: _____

Spätere Re-Transplantation von Ovarialgewebe kontra-indiziert nicht kontra-indiziert derzeit unklar

Empfehlung zu dem zur Verfügung stehenden **Zeitfenster** für die Maßnahmen zur Kryokonservierung:

Eine **Beratung** unter Berücksichtigung der individuellen Prognose, über die mit der Behandlung der Grunderkrankung verbundenen Risiken für eine Keimzellschädigung und Erstinformationen über die Möglichkeit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung, **ist erfolgt**.

Die Grunderkrankung wurde diagnostiziert und die Indikation zu einer reproduktionsmedizinischen/ andrologischen Beratung festgestellt **durch**:

Arztstempel/Unterschrift

Eintragungen durch den Reproduktionsmediziner/ Andrologen

Die Beratung wurde unter Berücksichtigung der Grunderkrankung selbst, des Alters des Patienten und der Prognose durchgeführt. Erfolgsaussichten, Risiken der möglichen Maßnahmen und eventuelle psychosoziale Belastungen wurden erörtert.

Arztstempel/Unterschrift