Diese Bescheinigung ist kein Antragsformular.
Den Link für die Antragstellung finden Sie unter: https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheit_und_soziales/kinderwunsch/index.html und dem Punkt *„Antrag & Auszahlung“*.

An die
Bezirksregierung Münster
Dezernat 28.7 – Förderung der Reproduktionsmedizin
48128 Münster

Bescheinigung der Erforderlichkeit für Maßnahmen der Reproduktionsmedizin

Name der Patientin (Nachname, Vorname): _____
Geburtsdatum: _____
Name des Patienten (Nachname, Vorname): _____
Geburtsdatum: _____

Es handelt sich um folgende Behandlungsart und -versuch:

	IVF	**ICSI**
Erste Behandlung	☐	☐
Zweite Behandlung	☐	☐
Dritte Behandlung	☐	☐
Vierte Behandlung	☐	☐

Es wird bestätigt, dass die vorherige Behandlung abgeschlossen ist und ein Ergebnis vorliegt:

ja ☐ nein ☐

Es handelt sich um eine **Wiederholungsbehandlung** (nach **Abort** gem. Nr. 8 der Richtlinien über künstliche Befruchtung[1]):

ja ☐ nein ☐

Es handelt sich um eine **Behandlung nach erfolgter Geburt** (Nr. 8 der Richtlinien über künstliche Befruchtung):

ja ☐ nein ☐

Anzahl und Art **bereits erfolgter Behandlungen** nach Nr. 10.3 (IVF)/ Nr. 10.5 (ICSI) der Richtlinien über künstliche Befruchtung: _____

Nach ärztlicher Feststellung wird bestätigt, dass die Behandlung für das o.g. Paar **erforderlich** ist und **hinreichend Aussicht** besteht, dass durch die Behandlung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird (§ 27a Abs. 1 Nrn. 1 und 2 Sozialgesetzbuch V – SGB V – in Verbindung mit Nr. 5 Abs. 1 Buchst. a) der Bundesrichtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion, Nr. 4.1 Buchst. d) der Landesrichtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion durch das Land Nordrhein-Westfalen).

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt	Stempel Reproduktionseinrichtung

[1] Richtlinien des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der aktuellen Fassung