

**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

Wir sind miteinander verheiratet Ja Nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Datum der Eheschließung:.....(Tag, Monat, Jahr)

Ehe- Lebenspartnerin

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. MBI. Nr. 45 vom 12.12.2012) zuletzt geändert durch Erl.des MS v.01.10.2016 (Nds. MBI.Nr. 39 vom 19.10.2016)

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge ja

(nur für privat Versicherte und
spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle: _____

Personal-Nr: _____

50 v. H. beihilfeberechtigt

70 v. H. beihilfeberechtigt

nein

Ehe- Lebenspartner

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. Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine:

IVF- Behandlung

ICSI – Behandlung

für den

erster Behandlungszyklus **oder**

Jeder Versuch ist einzeln

zweiter Behandlungszyklus **oder**

zu beantragen

dritter Behandlungszyklus **oder**

vierter Behandlungszyklus

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- Der Behandlungsplan (bei gesetzlich krankenversicherten 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 oder **unverheirateten Antragstellern**)
- 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.
- Eine Kostenaufstellung der geplanten Behandlung.

3. Zuwendungsvoraussetzungen

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

Bitte Nachweis beifügen

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

b) Alter der Partnerin _____Jahre Alter des Partners _____Jahre ⇐ **Angabe erforderlich!**

c) Behandlung erfolgt in Reproduktionseinrichtung in

⇐ **Angabe erforderlich!**

Postleitzahl, Ort

Bundesland

d) 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. Hierbei kann es sich auch um den Haus- oder einen Facharzt handeln.

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

Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber:

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

bei unverheirateten Antragstellern

die Zuwendung beträgt für den ersten bis dritten Behandlungszyklus 25 %, für den vierten Behandlungszyklus 50% des verbleibenden Selbstkostenanteils

in jedem Fall beträgt die Förderung jedoch höchstens:

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

Hinweis für verheiratete Antragsteller:

*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. Nur auszufüllen bei unverheirateten Antragstellern

5.1 Auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Richtlinie ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind vorab förmlich anerkennt.

Einschätzung des Arztes: Bei den Antragstellern handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.

ja nein ⇐ **Angabe erforderlich!**

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes.

5.2 Förmliche Anerkennung durch das Jugendamt oder eine notarielle Beurkundung

Der Antragsteller hat die Vaterschaft an dem zu zeugenden Kind förmlich anerkannt und die Urkunde beigelegt.

ja ⇐ **Angabe erforderlich!**

5.3 Notwendigkeitsbescheinigung ⇐ **Angabe erforderlich!**

Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der IVF/ICS-Behandlung liegt dem Antrag bei

5.4 Vorbehandlungen ⇐ **Angabe erforderlich!**

Die Antragsteller erklären, bisher keine IVF- oder ICSI-Behandlung durchgeführt zu haben.

Die Antragsteller haben folgende IVF- und/oder ICSI-Behandlungen durchgeführt:

1. IVF/ICSI am.
2. IVF/ICSI am.
3. IVF/ICSI am.
4. IVF/ICSI am.

6. 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.

7. 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,

1. Unterschrift

2. Unterschrift

der Antragsteller