

Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV)
Dezernat 53
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

Achtung:
Beginn der Behandlung
erst nach Bewilligung
Einlösen von Rezepten
erst nach Bewilligung

Antrag auf Förderung der Kinderwunschbehandlung durch den Bund und das Land Brandenburg

Erstmalige Antragstellung (bitte ankreuzen)

oder

Folgeantrag zum Aktenzeichen: _____ (bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine Behandlung nach Art der In-Vitro-Fertilisation(IVF) oder der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI).*

Die folgenden Angaben sind für Sie freiwillig. Sofern Sie sich für eine Antragstellung entscheiden, sollten Sie sich jedoch bewusst sein, dass dem Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) die Bearbeitung des Antrages und die entsprechende Abrechnung nur möglich ist, wenn dort die entscheidungserheblichen Informationen vorliegen und verarbeitet werden dürfen.

Wir erklären Folgendes (bitte ankreuzen):

- Wir sind mit der Verarbeitung der im Antrag gemachten Angaben, insbesondere von Gesundheitsdaten, durch das LASV, Dezernat 53, einverstanden.
- Wir sind darüber informiert, dass wir unser Einverständnis jederzeit gegenüber dem LASV mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz in Anlage 3.

* nach der Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Brandenburg vom 15. November 2018 in Verbindung mit der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in den jeweils geltenden Fassungen.

1. Antragstellende Personen

Wir sind miteinander verheiratet **oder**

leben in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in der jeweils geltenden Fassung 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 die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.

Datum der Eheschließung / Beginn der nichtehelichen Lebensgemeinschaft:

.....(Tag, Monat, Jahr)

Ehe-/Lebenspartnerin

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

*Angaben sind freiwillig und nicht entscheidungserheblich.

gesetzlich krankenversichert (GKV)	<input type="checkbox"/>	
	Krankenkasse:	
	Vers.-Nr.:	
privat krankenversichert (PKV)	<input type="checkbox"/>	
	PKV bei:	
	Vers.-Nr.:	
Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge <small>(nur für privat versicherte Personen und spezielle Beamtengruppen)</small>	<input type="checkbox"/>	
	Beihilfestelle:	
	Personal-Nr.:	
	beihilfeberechtigt in Höhe von:	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70%

Ehe-/Lebenspartner

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

*Angaben sind freiwillig und nicht entscheidungserheblich.

gesetzlich krankenversichert (GKV)	<input type="checkbox"/>	
	Krankenkasse:	
	Vers.-Nr.:	
privat krankenversichert (PKV)	<input type="checkbox"/>	
	PKV bei:	
	Vers.-Nr.:	
Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge <small>(nur für privat versicherte Personen und spezielle Beamtengruppen)</small>	<input type="checkbox"/>	
	Beihilfestelle:	
	Personal-Nr.:	
	beihilfeberechtigt in Höhe von:	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70%

2. Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine:

<input type="checkbox"/>	IVF-Behandlung	<input type="checkbox"/>	ICSI-Behandlung
für den			
<input type="checkbox"/>	ersten Behandlungszyklus oder	<u>Jeder Versuch ist einzeln zu beantragen.</u>	
<input type="checkbox"/>	zweiten Behandlungszyklus oder		
<input type="checkbox"/>	dritten Behandlungszyklus		

3. Zuwendungsvoraussetzungen

	Hauptwohnsitz in Brandenburg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<u>Bitte Nachweis beifügen:</u>	
a)	<input type="checkbox"/>	Aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes ist beigelegt oder
	<input type="checkbox"/>	Lesbare Kopien der Personalausweise sind beigelegt. Hinweis: Nur Adresse muss lesbar sein; andere Angaben (z.B. Bild, Augenfarbe, Größe) können geschwärzt werden.
b)	Alter der Partnerin	Jahre
	Alter des Partners	Jahre
c)	Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung: _____ Name der Klinik/Einrichtung _____ PLZ, Ort Bundesland Die Behandlung beginnt im Kalenderjahr: _____	
d)	Vor der IVF- / ICSI- Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt, die oder der die Behandlung nicht selbst durchführt. Hierbei kann es sich auch um eine Haus- oder Fachärztin bzw. einen Haus- oder Facharzt handeln. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (kein schriftlicher Nachweis erforderlich)	
e)	Ungewollte Kinderlosigkeit : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hinweis: Nach einer vorherigen Sterilisation wird die Kinderlosigkeit als gewollt eingestuft und sie gilt daher als Ausschlusskriterium für die Gewährung einer Zuwendung.	

4. Finanzierungsplan

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

In den nächsten Spalten sind 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 den antragstellenden Personen und den Zuwendungsgebern.

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

Die Förderung beträgt jedoch höchstens:

1. **für Ehepaare** für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:
 - a) IVF-Behandlung bis zu 800,- € des Eigenanteils und bei
 - b) ICSI-Behandlung bis zu 900,- € des Eigenanteils;
2. **für Paare, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben (NELG)**, für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:
 - a) IVF-Behandlung bis zu 2.290,- € des Eigenanteils und bei
 - b) ICSI-Behandlung bis zu 3.225,- € des Eigenanteils;

	IVF-Behandlung	ICSI-Behandlung	Beispielrechnung für eine ICSI-Behandlung (Ehepaare)	Beispielrechnung für eine ICSI-Behandlung (NELG)
Gesamtausgaben:	€	€	3.450,00 €	6.450,00 €
Davon übernehmen:				
a) GKV/PKV:*	€	€	1.725,00 €	0,00 €
b) Beihilfe oder Heilfürsorge:*(Wenn Anspruch besteht)	€	€	0,00 €	0,00 €
c) verbleibender Selbstkostenanteil	€	€	1.725,00 €	6.450,00 €

Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden:

(Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen den antragstellenden Personen und den Zuwendungsgebern)

d) Durch antragstellende Personen:	€	€	862,50 €	3.225,00 €
e) Beantragte Zuwendung:	€	€	862,50 €	3.225,00 €
Summe d) + e)	€	€	1.725,00 €	6.450,00 €

Hinweis für Ehepaare:

*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 von Personen, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben

Auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in der jeweils geltenden Fassung 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 oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.

Einschätzung der Ärztin oder des Arztes: Bei den antragstellenden Personen handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.

Ja Nein

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes

6. Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Uns ist bekannt, dass wir vom Landesamt für Soziales und Versorgung für die Prüfung der Antragsvoraussetzungen und die Abrechnung der beantragten Zuwendung benötigte Auskünfte anderer Stellen selbst beibringen können.

Wir sind außerdem darüber informiert, dass wir erteilte Einverständniserklärungen beim Landesamt für Soziales und Versorgung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

a) Wir sind damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung für die genannten Zwecke bei unserer im Antrag näher bezeichneten

- gesetzlichen Krankenkasse
- privaten Krankenversicherung
- Beihilfestelle / Heilfürsorge

erforderliche Auskünfte über von dort bewilligte / versagte Leistungen für die künstliche Befruchtung einholt und verarbeitet.

b) Wir erklären uns damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung bei

der im Antrag näher bezeichneten Reproduktionseinrichtung

der Apotheke

 Name, Anschrift

Auskünfte über die Behandlung in dem Umfang einholt und verarbeitet, in dem diese für die Entscheidung über die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind.

c) Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Soweit wir uns mit einer Auskunftseinholung einverstanden erklärt haben, entbinden wir die vom Landesamt um Auskunft gebetenen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

7. Erklärungen

Die antragstellenden Personen erklären, dass

7.1

mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde (als Maßnahmebeginn zählt das Einlösen des ersten Rezepts).

Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung erst begonnen werden darf, wenn uns der Bewilligungsbescheid vorliegt.

7.2

die in diesem Antrag (einschl. Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

7.3

wir die nachstehenden Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz (Anlage 3) zur Kenntnis genommen haben.

8. Folgende Anlagen sind beigefügt:

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Die Kostenübernahmeerklärung der PKV liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfe/Heilfürsorge, die die Höhe der Erstattung ausweist, liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der GKV/PKV liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der Beihilfe/Heilfürsorge liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Ein Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung liegt dem Antrag bei.

<hr/>	<hr/>
Ort/Datum	(Unterschrift der Ehe-/Lebenspartnerin)
<hr/>	<hr/>
Ort/Datum	(Unterschrift des Ehe-/Lebenspartners)