

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

Auszahlungsantrag

für eine nicht rückzahlbare 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 ein 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.

Auszahlungsantrag zum Aktenzeichen:

Das Aktenzeichen (aus dem Bewilligungsbescheid) bitte unbedingt angeben.

1. Antragstellende Personen

Ehe-/Lebenspartnerin

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

* 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.

Ehe-/Lebenspartner

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

2. Zuwendungszweck

- IVF-Behandlung ICSI-Behandlung
- erster Behandlungszyklus **oder**
- zweiter Behandlungszyklus **oder**
- dritter Behandlungszyklus

Eine Schwangerschaft ist eingetreten: ja nein

3. Nachweise für die Auszahlung der Zuwendung vom Land Brandenburg und dem Bund

- Die Originale der Rechnung der medizinischen Reproduktionseinrichtung, Apotheke, ggf. des Labors und der Anästhesie liegen diesem Antrag bei.

Hinweis

Die Rechnung oder anderweitige Nachweise müssen folgende Angaben enthalten:

- die Behandlungsart und das Rechnungsdatum sowie
- die Unterschrift der Ärztin oder des Arztes (entbehrlich bei Erstellung durch ein Abrechnungsunternehmen)
- der Name der Patientin bzw. des Patienten.

3. 1. Nachweise für die Berechnung/Auszahlung der Zuwendung

Rechnungen/Rezepte der Reproduktionseinrichtung, Apotheke(n), Labore, ggf. anästhesiologischen Praxis bitte eintragen (sonst wird der Antrag zurückgesandt) und beifügen:

Nr.	Rechnungsdatum	Rechnungssteller	Betrag
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

Hinweis: Aus den Rechnungen/dem Behandlungsvertrag muss die Behandlungsmethode erkennbar sein.

Summe der entstandenen Kosten€

Bitte unbedingt Ziffer 3.1 und/oder 3.2/3.3 ausfüllen. Wenn diese Angaben fehlen, wird der Antrag zurückgesandt.

<p>3. 2 Von der gesetzlichen Krankenkasse habe ich zusätzliche Leistungen* erhalten:</p> <p><input type="checkbox"/> ja: in Höhe von€ (Bitte Nachweis beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> nein; ich habe keine zusätzlichen Leistungen* der gesetzlichen Krankenkassen erhalten.</p> <p><small>* Leistungen, die zusätzlich zur Regelleistung von 50% gezahlt wurden</small></p>	
<p>3.3 Erstattung durch die private Krankenversicherung:</p> <p>- Bitte Nachweis oder Negativbescheinigung beifügen (falls noch nicht vorgelegt)</p>	<p>.....€</p>
<p>3.4 Erstattung durch die Beihilfe/Heilfürsorge:</p> <p>- Bitte Nachweis oder Negativbescheinigung beifügen (falls noch nicht vorgelegt)</p>	<p>.....€</p>
<p>Eigenanteil:</p>	<p>.....€</p>

4. Bankdaten

Kontoinhaberin /Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	

5. Erklärungen

Die antragstellenden Personen erklären, dass

5.1
die in diesem Antrag (einschl. Antragsunterlagen und Nachweise) gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

5.2.
die Behandlung antragsgemäß durchgeführt wurde.

5.3
wir die nachstehenden Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz (Anlage 3) zur Kenntnis genommen haben.

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