



# Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

## Antrag auf Voranerkennung der Aufwendungen einer künstlichen Befruchtung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Beihilfeverordnung

### Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Beihilfeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

### Folgende Angaben sind von der beihilfeberechtigten Person auszufüllen

Name der beihilfeberechtigten Person	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer/AG
--------------------------------------	---------	--------------	-------------------

### 1 Angaben zur/zum Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
1.1 Angaben zum Versicherungsverhältnis Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in Es besteht folgendes Versicherungsverhältnis/folgende Krankenfürsorge		
<input type="checkbox"/> private Versicherung		
<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzliche Versicherung		
<input type="checkbox"/> gesetzliche Pflichtversicherung		
<input type="checkbox"/> Heilfürsorgeberechtigung		
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung		
Bitte legen Sie uns, sofern noch nicht geschehen, einen entsprechenden Versicherungsnachweis vor.		
1.2 Sollte bereits eine Entscheidung der Krankenversicherung Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in vorliegen, legen Sie diese dem Antrag unbedingt bei.		

Datum, Unterschrift beihilfeberechtigten Person

### Folgende Angaben sind vom behandelnden Arzt auszufüllen

### 2 In welcher Person liegen die Ursachen der Kinderlosigkeit?

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigten Person
<input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in
<input type="checkbox"/> Beide

### 3 Welche medizinischen Ursachen liegen konkret vor?

3.1 Diagnose der beihilfeberechtigten Person
_____
_____
3.2 Diagnose der Ehegattin/dem Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in
_____
_____

**4 Welche Behandlungsmethode ist geplant?**

- Insemination
- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)
- Intrazytoplasmatisch morphologisch selektierte Spermieninjektion (IMSI)

**5 Wie viele Behandlungen sind geplant?**


**6 Ist eine Befruchtung mit Keimzellen des Ehegatten bzw. des Lebenspartners geplant?**

- ja
- nein

**7 Wurden bereits Behandlungen im Sinne von Punkt 4 durchgeführt? Wenn ja, welche Methode wurde in welchem Zeitraum wie oft durchgeführt?**


**8 Führte einer der Versuche der o. g. Methode zu einer Schwangerschaft?**

- ja, Schwangerschaft wurde festgestellt am \_\_\_\_\_
- nein

**9 Sonstiges**


---

Datum, Unterschrift und Stempel behandelnder Arzt

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach**