



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

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

Folgende Angaben sind vom Beihilfeberechtigten selbst auszufüllen:

Name der/des Beihilfeberechtigten	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer/AG
1. Angaben zur Ehegattin/Lebenspartnerin, zum Ehegatten/Lebenspartner			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
1.1 Angaben zum Versicherungsverhältnis Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihres Ehegatten/Lebenspartner			
Es besteht folgende/s Versicherungsverhältnis/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			
<small>(Bitte legen Sie uns, sofern noch nicht geschehen, einen entsprechenden Versicherungsnachweis vor.)</small>			
1.2 Sollte bereits eine Entscheidung der Krankenversicherung Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihres Ehegatten/Lebenspartners vorliegen, legen Sie diese dem Antrag unbedingt bei.			
Ort, Datum		Unterschrift des Beihilfeberechtigten	
Folgende Angaben sind vom behandelnden Arzt auszufüllen:			
2. In welcher Person liegen die Ursachen der Kinderlosigkeit?			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigten			
<input type="checkbox"/> Ehegattin/Lebenspartnerin, Ehegatten/Lebenspartner			
<input type="checkbox"/> Beide			
3. Welche medizinischen Ursachen liegen konkret vor?			
3.1 Diagnose bei der/dem Beihilfeberechtigten:			

3.2 Diagnose bei der Ehegattin/Lebenspartnerin, dem Ehegatten/Lebenspartner:			

4. Geplante Behandlungsmethode?

- Insemination
- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)
- Intratubarem Gametentransfer (GIFT)
- Intrazytoplasmatisch morphologisch selektierte Spermieninjektion (IMSI)

5. Wie viele Behandlungen sind geplant?

6. Ist eine Befruchtung mit Keimzellen des Ehemannes 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

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes
------------	--