Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Absender:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Adressat:

Übernahme der Kosten für eine Kryokonservierung von Keimzellen/Keimzellgewebe und die dazugehörigen Maßnahmen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin an _____ erkrankt und muss Behandlungen in Anspruch nehmen, die die Fertilität gefährden. Aus diesem Grund bin ich gezwungen, fertilitätserhaltende Maßnahmen gemäß § 27a Absatz 4 SGB V in Anspruch zu nehmen.

Solange noch keine Sachleistungen nach dem EBM möglich sind, bitte ich um Leistungszusage generell für die Maßnahmen sowie deren Abrechnung nach GOÄ.

Ärztliche Bescheinigungen zur Notwendigkeit der Behandlung und Informationen zu den geschätzten Kosten füge ich bei bzw. werde ich baldmöglichst nachreichen.

Sollten Sie weitere Informationen oder Unterlagen benötigen, bitte ich höflich um entsprechende Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Patient*in

60192129 ForManFR / 20.05.2021

Anlagen: _____

Formular drucken | Formular zurücksetzen