

**Bitte von Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt  
unterschreiben lassen,  
an uns zurücksenden oder  
persönlich abgeben**

**Beratungsbescheinigung über  
Maßnahmen zur "künstlichen Befruchtung"  
nach §27a, Absatz 4 SGB V  
(Leistungskennziffer EBM Nr. 08521)**

Das Ehepaar

**Frau** \_\_\_\_\_

und

**Herr** \_\_\_\_\_

habe ich heute nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung beraten.

Dabei wurden eingehend die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung erörtert. Eventuelle gesundheitliche Risiken, körperliche und seelische Belastungen infolge der Behandlung sowie die möglichen Erfolgsaussichten und Alternativen zum eigenen Kind (z. B. Adoption) wurden angesprochen.

---

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der beratenden Ärztin / des beratenden Arztes