

**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