

Untersuchungsbestätigung

Herr _____

wurde heute von mir im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen zur Durchführung einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) nach Nummer 1 der Richtlinie „Künstliche Befruchtung“, §27a, SGB V * andrologisch untersucht.

** "Ärztliche Maßnahmen nach diesen Richtlinien sind nur durchzuführen, wenn die Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit nach §27 SGB V (zum Beispiel Fertilisierungsoperation, alleinige hormonelle Stimulation), die nicht Gegenstand dieser Richtlinien sind, keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind."*

Diese Leistungsvoraussetzungen sind erfüllt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der Andrologin/des Andrologen