

Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV)  
Dezernat 53  
Lipezker Straße 45, Haus 5  
03048 Cottbus

**Achtung:**  
**Beginn der Behandlung**  
erst nach Bewilligung  
**Einlösen von Rezepten**  
erst nach Bewilligung

**Antrag auf Förderung der Kinderwunschbehandlung durch den Bund und das Land Brandenburg**

**Erstmalige Antragstellung** (bitte ankreuzen)

**oder**

**Folgeantrag zum Aktenzeichen:** \_\_\_\_\_ (bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine Behandlung nach Art der In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder der Intra-zytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI).\*

Die folgenden Angaben sind für Sie freiwillig. Sofern Sie sich für eine Antragstellung entscheiden, sollten Sie sich jedoch bewusst sein, dass dem Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) die Bearbeitung des Antrags und die entsprechende Abrechnung nur möglich ist, wenn dort die entscheidungserheblichen Informationen vorliegen und verarbeitet werden dürfen.

**Wir erklären Folgendes (bitte ankreuzen):**

- Wir sind mit der Verarbeitung der im Antrag gemachten Angaben, insbesondere von Gesundheitsdaten, durch das LASV, Dezernat 53, einverstanden.
- Wir sind darüber informiert, dass wir unser Einverständnis jederzeit gegenüber dem LASV mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

**Bitte beachten Sie hierzu auch die Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz in Anlage 3.**

**1 Antragstellende Personen**

Wir sind miteinander verheiratet  **oder**  
leben in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in der jeweils geltenden Fassung ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.

Datum der Eheschließung/Beginn der nichtehelichen Lebensgemeinschaft:

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

\* nach der Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Brandenburg vom 15. November 2018 in Verbindung mit der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in den jeweils geltenden Fassungen

**Ehe-/Lebenspartnerin**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer*:	
E-Mail-Adresse*:	

\* Angaben sind freiwillig und nicht entscheidungserheblich.

gesetzlich krankenversichert (GKV)	<input type="checkbox"/>	
	Krankenkasse:	
	Vers.-Nr.:	
privat krankenversichert (PKV)	<input type="checkbox"/>	
	PKV bei:	
	Vers.-Nr.:	
Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge <small>(nur für privat versicherte Personen und spezielle Beamtengruppen)</small>	<input type="checkbox"/>	
	Beihilfestelle:	
	Personal-Nr.:	
	beihilfeberechtigt in Höhe von:	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %

**Ehe-/Lebenspartner**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer*:	
E-Mail-Adresse*:	

\* Angaben sind freiwillig und nicht entscheidungserheblich.

gesetzlich krankenversichert (GKV)	<input type="checkbox"/>	
	Krankenkasse:	
	Vers.-Nr.:	
privat krankenversichert (PKV)	<input type="checkbox"/>	
	PKV bei:	
	Vers.-Nr.:	
Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge <small>(nur für privat versicherte Personen und spezielle Beamtengruppen)</small>	<input type="checkbox"/>	
	Beihilfestelle:	
	Personal-Nr.:	
	beihilfeberechtigt in Höhe von:	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %

**2 Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine:**

<input type="checkbox"/>	IVF-Behandlung	<input type="checkbox"/>	ICSI-Behandlung
<b>für den</b>			
<input type="checkbox"/>	ersten Behandlungszyklus <b>oder</b>	<b><u>Jeder Versuch ist einzeln zu beantragen.</u></b>	
<input type="checkbox"/>	zweiten Behandlungszyklus <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/>	dritten Behandlungszyklus		

**3 Zuwendungsvoraussetzungen**

a)	Hauptwohnsitz in Brandenburg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<b><u>Bitte Nachweis beifügen:</u></b>	
	<input type="checkbox"/>	Aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes ist beigelegt <b>oder</b>
	<input type="checkbox"/>	Lesbare Kopien der Personalausweise sind beigelegt. <b><u>Hinweis:</u></b> Nur Adresse muss lesbar sein; andere Angaben (z. B. Bild, Augenfarbe, Größe) können geschwärzt werden.
b)	Alter der Partnerin	Jahre
	Alter des Partners	Jahre
c)	Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung:	
	Name der Klinik/Einrichtung _____	
	PLZ, Ort _____	Bundesland _____
	Die Behandlung beginnt im Kalenderjahr: _____	
d)	Vor der IVF-/ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt, die oder der die Behandlung nicht selbst durchführt. Hierbei kann es sich auch um eine Haus- oder Fachärztin bzw. einen Haus- oder Facharzt handeln.	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (kein schriftlicher Nachweis erforderlich)	
e)	Ungewollte Kinderlosigkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<b><u>Hinweis:</u></b> Nach einer vorherigen Sterilisation wird die Kinderlosigkeit als gewollt eingestuft und sie gilt daher als Ausschlusskriterium für die Gewährung einer Zuwendung.	

**4 Finanzierungsplan**

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Spalte ein.

In den nächsten Spalten sind gegebenenfalls die Erstattungen von den Krankenkassen (PKV/GKV) oder evtl. Beihilfen/Leistungen der Heilfürsorge einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen.

Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen den antragstellenden Personen und den Zuwendungsgebern.

Die Zuwendung beträgt 50 Prozent des den Paaren nach Abrechnung mit der (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung sowie gegebenenfalls der Beihilfestelle verbleibenden Eigenanteils.

Die Förderung beträgt jedoch höchstens:

1. **für Ehepaare** für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF-Behandlung bis zu 800 Euro des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 900 Euro des Eigenanteils;

2. für Paare, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben (NELG), für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF-Behandlung bis zu 2 290 Euro des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 3 225 Euro des Eigenanteils.

	IVF-Behandlung	ICSI-Behandlung	Beispielrechnung für eine ICSI-Behandlung (Ehepaare)	Beispielrechnung für eine ICSI-Behandlung (NELG)
Gesamtausgaben:	€	€	3 450,00 €	6 450,00 €
Davon übernehmen:				
a) GKV/PKV:*	€	€	1 725,00 €	0,00 €
b) Beihilfe oder Heilfürsorge:*( <i>(Wenn Anspruch besteht)</i> )	€	€	0,00 €	0,00 €
c) Verbleibender Selbstkostenanteil	€	€	1 725,00 €	6 450,00 €
<b>Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden:</b> <i>(Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen den antragstellenden Personen und den Zuwendungsgebern.)</i>				
d) Durch antragstellende Personen:	€	€	862,50 €	3 225,00 €
e) Beantragte Zuwendung:	€	€	862,50 €	3 225,00 €
Summe d + e	€	€	1 725,00 €	6 450,00 €
<b>Hinweis für Ehepaare:</b> * Die Erstattung der GKV bzw. der PKV + Beihilfe/Heilfürsorge beträgt grundsätzlich 50 Prozent der Gesamtausgaben. Verschiedene Krankenkassen bewilligen Leistungen über die gesetzliche Mindestleistung von 50 Prozent der Gesamtausgaben hinaus. Sollte dies der Fall sein, sind diese Zusatzleistungen unter Buchstabe a mit einzutragen.				

5 Nur auszufüllen von Personen, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben

**Auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft**

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in der jeweils geltenden Fassung ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgelegten Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.

Einschätzung der Ärztin oder des Arztes: Bei den antragstellenden Personen handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.

Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes

6 Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Uns ist bekannt, dass wir vom Landesamt für Soziales und Versorgung für die Prüfung der Antragsvoraussetzungen und die Abrechnung der beantragten Zuwendung benötigte Auskünfte anderer Stellen selbst beibringen können.

Wir sind außerdem darüber informiert, dass wir erteilte Einverständniserklärungen beim Landesamt für Soziales und Versorgung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

a) Wir sind damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung für die genannten Zwecke bei unserer im Antrag näher bezeichneten

- gesetzlichen Krankenkasse
- privaten Krankenversicherung
- Beihilfestelle/Heilfürsorge

erforderliche Auskünfte über von dort bewilligte/versagte Leistungen für die künstliche Befruchtung einholt und verarbeitet.

b) Wir erklären uns damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung bei

der im Antrag näher bezeichneten Reproduktionseinrichtung

der Apotheke \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Auskünfte über die Behandlung in dem Umfang einholt und verarbeitet, in dem diese für die Entscheidung über die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind.

c) Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

---

Soweit wir uns mit einer Auskunftseinholung einverstanden erklärt haben, entbinden wir die vom Landesamt um Auskunft gebetenen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ja       Nein

**7 Erklärungen**

Die antragstellenden Personen erklären, dass

7.1 mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde (als Maßnahmebeginn zählt das Einlösen des ersten Rezepts).

**Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung erst begonnen werden darf, wenn uns der Bewilligungsbescheid vorliegt.**

7.2 die in diesem Antrag (einschließlich Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

7.3 wir die nachstehenden Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz (Anlage 3) zur Kenntnis genommen haben.

**8 Folgende Anlagen sind beigelegt:**

<input type="checkbox"/>	Der Behandlungsplan (bei gesetzlich krankenversicherten Personen der durch die GKV bestätigte Behandlungsplan) mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Die Kostenübernahmeerklärung der PKV liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfe/Heilfürsorge, die die Höhe der Erstattung ausweist, liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der GKV/PKV liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der Beihilfe/Heilfürsorge liegt dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	Ein Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung liegt dem Antrag bei.

Ort/Datum	(Unterschrift der Ehe-/Lebenspartnerin)
Ort/Datum	(Unterschrift des Ehe-/Lebenspartners)