

**Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz**



Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz  
Referat 22  
Faulenstraße 9-15  
28195 Bremen

**Aktenzeichen des vorläufigen Bewilligungsbescheides:  
(bitte unbedingt angeben)**

**Antrag auf endgültige Bewilligung und Auszahlung / Verwendungsnachweis gem.  
Ziffer 6 AN-Best P**

für eine Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion durch den Bund und das Land Bremen; Bekanntmachung der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 17.12.2021 sowie gleichnamige Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 29. März 2012, zuletzt geändert am 23. Dezember 2015

**1. Antragssteller: in**

**Ehe- / Lebenspartner: in 1 (behandelte Person)**

Titel Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

**Ehe- / Lebenspartner: in 2**

Titel Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

**2. Zuwendungszweck**

**IVF-Behandlung**

**ICSI-Behandlung**

**Behandlungsversuch Nummer:**



## Einnahmen

Kostenträger	Betrag
Gesetzliche Krankenversicherung	
Private Krankenversicherung	
Beihilfestelle / Heilfürsorge	
Sonstige Kostenträger	
Sonstige Kostenträger	
<b>Summe der Einnahmen</b>	

Von der gesetzlichen Krankenkasse habe ich zusätzliche Zahlungen (die über die Regelleistung von 50% hinaus gezahlt wurden) erhalten:

Ja, in Höhe von

Nein, ich habe keine zusätzlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse erhalten.

Verbleibender Eigenanteil (Ausgaben abzüglich Einnahmen:	
Maximal im Bewilligungsbescheid festgelegter Höchstbetrag (Bundes- zzgl. Landesmittel)	
Beantragte Zuwendung / Auszahlung	

## 5. Bankdaten

Bitte überweisen Sie die Zuwendungen auf das folgende Konto:

<b>Kontoinhaber: in:</b>
<b>IBAN:</b>
<b>BIC:</b>
<b>Kreditinstitut:</b>

### Hinweis:

Nachdem der Abrechnungsbescheid erstellt wurde, werden nicht verbrauchte Haushaltsmittel wieder dem Gesamtprojekt zur Verfügung gestellt. Es können dann keine weiteren Rechnungen mehr nachgereicht werden.

## 6. Datenschutzhinweis:

Mir/Uns sind die Inhalte des übermittelten Informationsschreibens nach Art. 13 DSGVO bekannt.

Mir/Uns ist ferner bekannt, dass zur Wahrnehmung parlamentarischer Aufgaben Daten der Zuwendung nach § 2 Datenschutzordnung der Bremischen Bürgerschaft veröffentlicht werden können und dass Zuwendungsdaten aufgrund § 11 Absatz 4 Ziffer 5 des Bremer Informationsfreiheitsgesetzes – BremIFG – im Transparenzportal veröffentlicht werden. Personenbezogene Daten werden bei der Bezeichnung des Zuwendungszwecks nur genannt, sofern sie nicht aus Datenschutzgründen zu anonymisieren sind. Vorlagen des Haushalts- und Finanzausschusses sowie Bürgerschaftsdrucksachen werden auch im Internet veröffentlicht.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass

- die Angaben im und zum Antrag zu statistischen Zwecken anonymisiert gespeichert werden können.
- die Einhaltung der Verpflichtungen sowie die Angaben des Antrages auch an Ort und Stelle überprüft werden können.

In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

- die Einnahmen und Ausgaben nach den Rechnungsunterlagen im Zusammenhang mit dem geförderten Behandlungszyklus angefallen sind,
- die nicht zuwendungsfähigen Beträge, Rückforderungen und Rückzahlungen abgesetzt wurden,
- die Zuwendung ausschließlich zur teilweisen Deckung des verbliebenen Eigenanteils/Selbstkostenanteils des geförderten Behandlungszyklus verwendet wird,
- die im Zuwendungsbescheid einschließlich der dort enthaltenen Nebenbestimmungen genannten Bedingungen und Auflagen eingehalten wurden bzw. werden. Den Unterzeichnenden ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift der 1. antragstellenden Person

-----  
Unterschrift der 2. antragstellenden Person

### Folgende Unterlagen sind beizufügen:

- **Kopien aller Rechnungen** der Reproduktionseinrichtung, Apotheke, ggf. des Labors und der Anästhesie. **Originalbelege können nicht zurückgeschickt werden!**
- Nachweise über die gewährten Erstattungen aller beteiligten Krankenversicherungen / sonstigen Kostenträgern