

privat versichert
(PKV) Ja Nein
bei
Versicherungsnummer

beihilfeberechtigt/Heilfürsorge Ja Nein
(nur für privat Versicherte und
spezielle Beamtengruppen) Beihilfestelle
Personalnummer

50 v. H. beihilfeberechtigt

70 v. H. beihilfeberechtigt

Ehe-/Lebenspartner:in

Titel Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer*	
E-Mail Adresse*	

* Angaben sind freiwillig

gesetzlich versichert Ja Nein
(GKV) Krankenkasse
Versicherungsnummer

privat versichert Ja Nein
(PKV) bei
Versicherungsnummer

beihilfeberechtigt/Heilfürsorge

Ja

Nein

(nur für privat Versicherte und
spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle

Personalnummer

50 v. H. beihilfeberechtigt

70 v. H. beihilfeberechtigt

2. Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine

IVF- Behandlung

ICSI – Behandlung

für den

ersten Behandlungszyklus **oder**

**Jeder Versuch ist einzeln
zu beantragen**

zweiten Behandlungszyklus **oder**

dritten Behandlungszyklus **oder**

vierten Behandlungszyklus

Folgende Anlagen sind beigefügt:

Der Behandlungsplan in Kopie (bei gesetzlich Krankenversicherten, der durch die GKV bestätigte Behandlungsplan) mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel liegt dem Antrag bei.

Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme liegt dem Antrag bei (nur erforderlich, wenn kein Behandlungsplan vorliegt - z.B. bei Privatpatienten oder einem zusätzlichen Versuch ohne Kostenbeteiligung der GKV oder **unverheirateten Antragstellern**)

Die Kostenübernahmeerklärung der PKV liegt dem Antrag bei.

Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfe/Heilfürsorge, der die Höhe der Erstattung ausweist, liegt dem Antrag bei.

Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der GKV/PKV liegt dem Antrag bei.

Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der Beihilfe/Heilfürsorge liegt dem Antrag bei.

Eine Kostenaufstellung der geplanten Behandlung.

3. Zuwendungsvoraussetzungen

a) Hauptwohnsitz in Bremen Ja Nein

Bitte fügen Sie eine aktuelle Meldebescheinigung an

b) Alter der/des Antragssteller:in Jahre Alter der/des Ehe-/Lebenspartner:in Jahre

c) die Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung in

PLZ, Ort Bundesland

d) Vor der IVF- / ICSI- Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch eine/n Ärzt:in erfolgt, der/die die Behandlung nicht selbst durchführt.

Die Beratung muss durch einen „Frauenarzt“ oder einen Arzt, der über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügt (z. B. Facharzt für Urologie), erfolgt sein.

Ja Nein

(kein schriftlicher Nachweis erforderlich!)

4. Finanzierungsplan

Tragen Sie bitte die voraussichtlichen Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Spalte ein. In den nächsten Spalten sind gegebenenfalls die voraussichtlichen Erstattungen von den Krankenkassen (PKV/GKV) oder evtl. Beihilfen/Leistungen der Heilfürsorge einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen. Der voraussichtlich verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragstellerinnen/Antragstellern und Zuwendungsgeber:

Die Zuwendung beträgt 50 % des den **Ehepaaren** nach Abrechnung mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie ggf. der Beihilfestelle verbleibenden Eigenanteils

Bei **unverheirateten heterosexuellen Antragstellern** beträgt die Zuwendung für den ersten bis dritten Behandlungszyklus 37,5%, für den vierten Behandlungszyklus 50 % des verbleibenden Selbstkostenanteils.

Bei **gleichgeschlechtlichen oder diversen Ehepaaren, Lebenspartnerschaften oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden gleichgeschlechtlichen oder diversen Paaren** beträgt die Zuwendung für den ersten bis dritten Behandlungszyklus 37,5 %, für den vierten Behandlungszyklus 50 % des verbleibenden Selbstkostenanteils.

In jedem Fall beträgt die Förderung jedoch höchstens:

für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF –Behandlung bis zu 1.200,00 € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 1.300,00- € des Eigenanteils,

für den vierten Behandlungszyklus

- a) IVF –Behandlung bis zu 1.600,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 1.700,- € des Eigenanteils.

Bitte ausfüllen:	IVF- Behandlung	ICSI- Behandlung	Beispielsrechnung: Verheiratete Antragssteller
Gesamtausgaben			3.450,00
Davon übernehmen:			
a) GKV/PKV*			1.725,00
b) Beihilfe/Heilfürsorge:*(Wenn Anspruch besteht)			0,00
c) Verbleibender Eigenanteil/ Selbstkostenanteil			1.725,00
Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden			
(Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragstellerinnen/Antragstellern und Zuwendungsgeber)			
d) Durch Antragstellerinnen/ Antragsteller			862,50
e) Beantragte Zuwendung			862,50
Summe d) + e)			1.725,00

Hinweis für verheiratete Antragsteller:

* Die Erstattung der GKV bzw. der PKV + Beihilfe/Heilfürsorge beträgt grundsätzlich 50 % der Gesamtausgaben. Einige Krankenkassen bewilligen Leistungen über die gesetzliche Mindestleistung von 50 % der Gesamtausgaben hinaus. Sollte dies der Fall sein, sind diese Zusatzleistungen unter Buchstabe a) mit einzutragen.

5. Nur auszufüllen bei Unverheirateten

5.1 Auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Richtlinie ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind vorab förmlich anerkennt.

Einschätzung des/der Ärzt:in: Bei den Antragstellern handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.

Ja

Nein

Datum, Stempel und Unterschrift d. Ärzt:in

5.2 Anerkennung der Vaterschaft/Mutterschaft

Der/Die Ehe-/Lebenspartner:in wird die Vaterschaft/Mutterschaft an dem zu zeugenden Kind anerkennen

5.3 Notwendigkeitsbescheinigung

Die Erklärung der/des Ärzt:in zur Notwendigkeit der Durchführung der IVF/ICS-Behandlung liegt dem Antrag bei.

5.4 Vorbehandlungen

Die Antragsteller erklären, bisher keine IVF- oder ICSI-Behandlung durchgeführt zu haben.

Die Antragsteller haben folgende IVF- und/oder ICSI-Behandlungen durchgeführt:

1. IVF/ICSI am
2. IVF/ICSI am
3. IVF/ICSI am
4. IVF/ICSI am

6. Erklärung der Antragstellenden

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass wir ungewollt kinderlos sind, nicht dauernd getrennt leben und mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde.

_____	_____	x	x
Ort	Datum	Unterschrift der antragstellenden Personen	

7. 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.

_____	_____	x	x
Ort	Datum	Unterschrift der antragstellenden Personen	