**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung   
zur Förderung von Maßnahmen bei Kinderwunschbehandlungen  
(Für jeden Behandlungszyklus bitte einen gesonderten Antrag stellen!)**

**Ehefrau Ehemann**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| Anschrift: | Anschrift: (wenn abweichend von Anschrift der Ehefrau) |
|  |  |
|  |  |
| Geburtsdatum | Geburtsdatum |
| Telefon: | Telefon: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| gesetzliche Krankenversicherunng:  ja  nein | gesetzliche Krankenversicherung:  ja  nein |
| private Krankenversicherung:  ja  nein | private Krankenversicherung:  ja  nein |
| Beihilfeberechtigt:\*)  ja  nein | Beihilfeberechtigt:\*)  ja  nein |

\*) *beihilfeberechtig sind Beamte*

**Bitte in Druckschrift ausfüllen**!

***An das***

***Landesamt für Gesundheit und Soziales***

***Außenstelle Schwerin, Abteilung 2***

***Dezernat 205: Zuwendungen Soziales und Gesundheit II***

***Friedrich-Engels-Straße 47***

***19061 Schwerin***

Nach der o. g. Richtlinie beantragen wir aus Mitteln des Bundes und des Landes für die Gewährung einer Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen bei Kinderwunschbehandlungen für

mit einer maximalen  
 Zuschusshöhe von:

|  |  |
| --- | --- |
|  | den ersten Behandlungszyklus bei einer IVF-Behandlung 800,00 € |
|  | den zweiten Behandlungszyklus bei einer IVF-Behandlung 800,00 € |
|  | den dritten Behandlungszyklus bei einer IVF-Behandlung 800,00 € |
|  | den vierten Behandlungszyklus bei einer IVF-Behandlung 1.600,00 € |

|  |  |
| --- | --- |
|  | den ersten Behandlungszyklus bei einer ICSI-Behandlung 900,00 € |
|  | den zweiten Behandlungszyklus bei einer ICSI-Behandlung 900,00 € |
|  | den dritten Behandlungszyklus bei einer ICSI-Behandlung 900,00 € |
|  | den vierten Behandlungszyklus bei einer ICSI-Behandlung 1.800,00 € |

***Zutreffendes bitte ankreuzen!***

Die Behandlung soll in einer Reproduktionseinrichtung in \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
erfolgen. PLZ, Ort

Voraussichtlicher Beginn der Behandlung \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (Einlösung des Rezeptes zur Hormonbehandlung) Tag - Monat – Jahr

Voraussichtliches Ende der Behandlung \_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Monat - Jahr

**Fügen Sie diesem Antrag für jeden Ehepartner bitte folgende Unterlagen bei:**

Bei gesetzlicher Krankenversicherung:

1. Für den ersten bis dritten Behandlungszyklus den durch die GKV genehmigten  
 Behandlungsplan  
 Für den vierten Behandlungszyklus die ärztliche Bestätigung der   
 reproduktionsmedizinischen Einrichtung und den voraussichtlichen Kostenplan   
 (siehe beiliegende Anlage zum Antrag)

2. Kopie des Personalausweises (beidseitig)

3. Kopie der Eheurkunde *(hier genügt ein Exemplar)*

Bei privater Krankenversicherung: (ggf. mit Beihilfeberechtigung)

1. Für den ersten bis vierten Behandlungszyklus die ärztliche Bestätigung der   
 reproduktionsmedizinischen Einrichtung und den voraussichtlichen Kostenplan   
 (siehe beiliegende Anlage 2 zum Antrag)

2. Kopie des Personalausweises (beidseitig)

3. Kopie der Eheurkunde *(hier genügt ein Exemplar)*

**Erklärung**

1. Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben und nehmen zur   
 Kenntnis, dass unvollständige und/oder unrichtige Angaben zu einem Widerruf der Zu-   
 wendung führen können.

2. Im Rahmen des Zuwendungsverhältnisses werden die im Antrag bzw. den beizufügenden

Dokumenten enthaltenen, personenbezogenen Daten verarbeitet, die für die Gewährung

der Zuwendung erforderlich sind. Auf das Informationsblatt zum Datenschutz wird hinge-

wiesen.

*Wir willigen ein, dass die zuständigen Bearbeiter im LAGuS bei Nachfragen zum Antrag,*

*die notwendigen Informationen direkt von den behandelnden Ärzten einholen dürfen   
     (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht), insbesondere Art der Behandlung, Re  
 zeptdaten.*

*Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen   
     können.*

3. Wir versichern, mit dem Behandlungszyklus noch nicht begonnen zu haben. Als   
 Beginn ist regelmäßig die Einlösung des Rezepts für die der Maßnahme voraus-  
 gehenden Hormonbehandlung anzusehen.

**Dieser Antrag auf Zuwendung muss vor Beginn der Maßnahme (also vor Rezept-   
 einlösung) beim Landesamt für Gesundheit und Soziales eingegangen sein.**

**Hiermit beantragen wir den vorzeitigen Maßnahmebeginn.**

(Sobald Sie eine Eingangsbestätigung für Ihren Antrag erhalten haben, auf der diesem vorzeitigen Maßnahmebeginn zugestimmt wurde, können Sie das Rezept zur Hormonbehandlung einlösen. Aus dieser Zustimmung kann kein Rechtsanspruch auf eine Förderung abgeleitet werden.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Unterschrift beider Ehepartner | |