



An das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
Referat 51
56065 Koblenz

Erklärung der Reproduktionseinrichtung

Bei dem Paar

Nachname Vorname

Geburtsdatum und

Nachname Vorname

Geburtsdatum

erfolgten bereits folgende Behandlungen nach Nr. 10.3 (IVF)/Nr. 10.5 (ICSI) der Richtlinien über künstliche Befruchtung (nach gegebenenfalls bereits erfolgter Geburt, ohne Kryoversuche):

Versuch	IVF	ICSI	Datum	Wiederholungsversuch	Datum
1				ja	nein
2				ja	nein
3				ja	nein
4				ja	nein

Folgende/r Behandlungsart und -versuch (nach gegebenenfalls bereits erfolgter Geburt, ohne Kryoversuche) ist geplant:

Es handelt sich dabei um einen Wiederholungsversuch (nach klinisch nachgewiesener Schwangerschaft, ohne nachfolgende Geburt)

Ja Nein

Die vorherige Behandlung ist abgeschlossen und ein Ergebnis liegt vor

Ja Nein

Zwischen den Antragstellenden liegt eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft vor, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Die Antragstellenden leben in einer festgefügt Partnerschaft zusammen.

Nach ärztlicher Feststellung wird bestätigt, dass die Behandlung für das oben genannte Paar wegen krankheitsbedingter Kinderlosigkeit medizinisch notwendig ist und hinreichend Aussicht besteht, dass durch die Behandlung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Stempel

Reproduktionseinrichtung