

Behandlungsvereinbarung Fonds

Sehr geehrtes Patientenpaar!

Patientin....., geb. am.....
Gatte/Lebensgefährte..... geb. am.....
Anschrift:.....
Tel.:.....

Wir freuen uns, dass Sie hinsichtlich der Behandlung Ihres unerfüllten Kinderwunsches das Kinderwunschzentrum am Kepler Universitätsklinikum Linz gewählt haben und bedanken uns herzlich für Ihr Vertrauen.

Wir werden versuchen, Ihre Kosten durch den 70 %igen Zuschuss des IVF-Fonds in Wien zu mildern. Allerdings verlangt der IVF-Fonds, dass bei erfolgter Schwangerschaft eine Meldung über den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf an uns erfolgt. Wir geben diese Information anschließend an den IVF-Fonds weiter.

Besonders weisen wir darauf hin, dass der IVF-Fonds bei **nicht erfolgter Meldung** der Geburt die **Unterstützung in Höhe von 70 %** von Ihnen **zurückverlangen kann**.

Bei entsprechender Indikation wird ein reproduktionsmedizinischer Eingriff gemäß Fortpflanzungsgesetz und IVF-Fondsgesetz durchgeführt. Die Kosten sind abhängig von den verabreichten Medikamenten sowie den durchgeführten Leistungen und betragen 30 % des Gesamtbetrages.

Der Eingriff wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen den zuständigen Behörden gemeldet. Gelegentlich wird nach einer geplanten IVF ein zusätzlicher - etwas teurerer - labortechnischer Eingriff nötig (ICSI).

Sie werden hiermit darüber aufgeklärt, dass die Entscheidung bzgl. der Kostenübernahme **ausschließlich** beim IVF-Fonds in Wien liegt. Bei Ablehnung der Kostenübernahme durch den IVF-Fonds werden sie selbst die Gesamtkosten (Privattarif) einschließlich der Medikamente tragen, das sind bis ca. € 5.500,00.

Bitte beachten Sie, dass eine anteilige Kostenübernahme durch den IVF-Fonds nur dann erfolgt, wenn eine entsprechende medizinische Diagnose vorliegt **und** das Alter der Frau bei Behandlungsbeginn das vollendete 40. Lebensjahr und beim Mann das vollendete 50. Lebensjahr nicht überschritten hat.

Folgende Kosten entstehen bei Inanspruchnahme einer der angeführten Leistungen:

Leistung	Pat.<35 Jahre	Pat. 35 - 40 Jahre
Beratungsgespräch für reproduktive Maßnahmen	143,00	143,00
IVF	1.079,49	1.152,09
ICSI	1.198,14	1.270,78
Abbruch VOR Punktion	526,84	599,44
Abbruch NACH Punktion IVF	861,27	933,88
Abbruch NACH Punktion ICSI	939,71	1.012,31
Medikamente	im Preis inkludiert	im Preis inkludiert
AMH	90,00	90,00
Sedoanalgesie	300,00	300,00
Narkose medizinisch indiziert/auf eigenen Wunsch	300,00	300,00
Lagergebühr Sperma/Eizellen/Embryonen (für 1 Jahr)	168,00	168,00
Auftauzyklus und Transfer	289,57	289,57
Auftauzyklus, KEIN Transfer	141,05	141,05
Aufzahlung ICSI bei Vasektomie / het. ICSI	817,00	817,00
Donorsamen	806,00	806,00
Halosperm-Assay (auf eig. Wunsch)	448,00	448,00
Ionophor	161,00	161,00
Theophyllin	138,00	138,00
Assist. Hatching	168,00	168,00
EmbryoGen/BlastoGen	639,00	639,00
Strangbruchfreies ICSI	138,00	138,00
ERA-Test	850,00	850,00
Trophektodermbiopsie	258,00	258,00
PGS	357,00	357,00
DNAA	60,00	60 ,00
Abholung Kryo (Samen, Eizellen, Embryonen)	286,00	286,00
Leihgebühr Kryobehälter	179,00	179,00

Das Paar verpflichtet sich, den für den Eingriff erforderlichen Betrag innerhalb von 8 Tagen nach Erhalt des Zahlscheins zu überweisen.

Der behandelnde Arzt hat Ihnen eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung vor der Durchführung einer Stimulationstherapie/medizinisch unterstützten Fortpflanzung empfohlen.

Für eine IVF oder ICSI Behandlung müssen im Rahmen der Vorgaben durch die Gewebeentnahme-einrichtungsverordnung (GEEVO) 2008, §4 Blutabnahmen zur Bestimmung der Serologie (HIV, Hep B und C, Lues), sowie die Chlamydien Bestimmung aus dem Harn vorgenommen werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

1) dass Sie den Inhalt der Informationsblätter zum ärztlichen Aufklärungsgespräch verstanden haben und alle Fragen beantwortet wurden.

- Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass während der Dauer der Stimulation bis zum Embryotransfer kein ungeschützter Geschlechtsverkehr stattfinden darf, um ungewollte Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden.

2) dass Sie über die entsprechenden Kosten aufgeklärt wurden.

3) dass Sie die psychologische oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
☐ annehmen ☐ ablehnen.

4) dass Sie mit oben stehendem Vorgehen an unserer Klinik einverstanden sind.

5) Gemäß § 8 Abs. 1 Fortpflanzungsmedizin-Gesetz darf bei Ehegatten eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur mit deren schriftlicher Zustimmung durchgeführt werden; bei Lebensgefährten muss die Zustimmung in Form eines Notariatsakts erteilt werden.

6) Wir sind informiert, dass wir verpflichtet sind, den Ausgang der Schwangerschaft (Geburt oder vorzeitiges Ende der Schwangerschaft) in der Ambulanz des Kinderwunschzentrums zu melden.

Die schriftliche und mündliche Aufklärung haben wir zur Kenntnis genommen.

Wir stimmen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu.

Unterschrift der Frau

Datum:.....

Unterschrift des Partners.....

Datum:.....