



Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge Ja Nein  
(nur für privat Versicherte und spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle

Personal-Nr.

50 v. H. beihilfeberechtigt 70 v. H. beihilfeberechtigt

### **Ehegatte/Lebenspartner/Lebenspartnerin**

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesetzlich krankenversichert Ja Nein

(GKV) Krankenkasse

Versichertennummer

Privat krankenversichert Ja Nein

(PKV) PKV bei

Versichertennummer

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge Ja Nein

(nur für privat Versicherte und spezielle Beamtengruppen)

Beihilfestelle

Personal-Nr.

50 v. H. beihilfeberechtigt 70 v. H. beihilfeberechtigt

## **2. Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung**

für eine IVF-Behandlung ICSI-Behandlung, für den

1. Versuch Wiederholungsversuch\* zum 1. Versuch

2. Versuch Wiederholungsversuch\* zum 2. Versuch

3. Versuch Wiederholungsversuch\* zum 3. Versuch

4. Versuch Wiederholungsversuch\* zum 4. Versuch

Die Zählung der Versuche beginnt ab Geburt eines Kindes neu.  
„Kryoversuche“ sind nicht zuwendungsfähig.

**Jeder Versuch ist einzeln zu beantragen!**

\*Wiederholungsversuche können je Versuch beantragt werden, wenn nach klinischer Schwangerschaft keine Geburt erfolgt ist (z.B. bei Abort)

### 3. Zuwendungsvoraussetzungen

a) Hauptwohnsitz in Rheinland-Pfalz:    Ja    Nein    **Angabe erforderlich!**

#### **Bitte Nachweis beifügen**

b) Alter Partnerin    Jahre/ Alter Partner bzw. Partnerin    Jahre    **Angabe erforderlich!**

c) Behandlung erfolgt in Reproduktionseinrichtung in    **Angabe erforderlich!**

Postleitzahl, Ort

Bundesland

d) Vor der IVF-/ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch eine Ärztin/einen Arzt erfolgt, der die Behandlung nicht selbst durchführt. Hierbei kann es sich auch um die Hausärztin/den Hausarzt oder eine Fachärztin/einen Facharzt handeln.

Ja    Nein    **Angabe erforderlich!** – (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 25 %, für den vierten Behandlungszyklus 50 % des verbleibenden Selbstkostenanteils.

Bei gleichgeschlechtlichen weiblichen Antragstellerinnen beträgt die Zuwendung für den ersten bis dritten Behandlungszyklus 12,5 %, für den vierten Behandlungszyklus 25 % des verbleibenden Selbstkostenanteils.

**In jedem Fall** beträgt die Förderung bei heterosexuellen Antragsstellern jedoch höchstens:

für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF –Behandlung bis zu 800,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 900,- € des Eigenanteils,

für den vierten Behandlungszyklus

- a) IVF –Behandlung bis zu 1.600,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 1.800,- € des Eigenanteils.

Bei gleichgeschlechtlichen weiblichen Antragstellerinnen beträgt die Förderung höchstens:

für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- a) IVF –Behandlung bis zu 400,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 450,- € des Eigenanteils,

für den vierten Behandlungszyklus

- a) IVF –Behandlung bis zu 800,- € des Eigenanteils und bei
- b) ICSI-Behandlung bis zu 900,- € des Eigenanteils.

### **Hinweis zur unterschiedlichen Förderhöhe von gleichgeschlechtlichen weiblichen und heterosexuellen Paaren:**

Aufgrund der fehlenden Co-Finanzierung des Bundes bei gleichgeschlechtlichen weiblichen Paaren halbiert sich die Förderhöhe. Im Ergebnis ist die Förderung des Landes bei unverheirateten gleichgeschlechtlichen weiblichen und heterosexuellen Paaren identisch.

**Bitte ausfüllen:**

IVF-Behandlung      ICSI-Behandlung      Beispielsrechnung  
(verheiratete Antragsteller)

**Gesamtausgaben**

Davon übernehmen:

- a) GKV/PKV\*
- b) Beihilfe/Heilfürsorge:\*  
(Wenn Anspruch besteht)
- c) Verbleibender Eigenanteil/  
Selbstkostenanteil

**Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden**

(Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragstellerinnen/Antragstellern und Zuwendungsgeber)

- d) Durch Antragstellerinnen/  
Antragsteller
  - e) Beantragte Zuwendung
- Summe d) + e)

**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 von unverheirateten und lesbischen Paaren**

### **5.1 Auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft**

Eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Richtlinie ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft des Paares, 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 das Paar in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt.

**Einschätzung der Ärztin/des Arztes:** Bei den Antragstellerinnen/Antragstellern handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.\*

Ja    Nein    **Angabe erforderlich!**

---

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

### **5.2 Anerkennung der Vaterschaft**

Der Antragsteller wird die Vaterschaft an dem zu zeugenden Kind anerkennen.\*\*

Ja    **Angabe erforderlich!**

### **5.3 Notwendigkeitsbescheinigung    Angabe erforderlich!**

Die Erklärung der Ärztin/des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der IVF/ ICSI-Behandlung aufgrund von krankheitsbedingter Kinderlosigkeit liegt dem Antrag bei.

### **5.4 Vorbehandlung    Angabe erforderlich!**

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

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

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

\*nicht auszufüllen von verheirateten Antragstellerinnen oder Antragstellern mit eingetragener Lebenspartnerschaft

\*\*nicht auszufüllen von gleichgeschlechtlichen weiblichen Antragstellerinnen

## **Folgende Anlagen sind beigefügt:**

Kopien der Personalausweise beider Antragstellerinnen/Antragsteller\*

Kopie der Eheurkunde bzw. der Lebenspartnerschaftsurkunde

Meldebescheinigung (nicht älter als drei Monate)\*

Der von der GKV genehmigte Behandlungsplan in **Kopie** mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel

**oder**

**Bei Nichtvorliegen eines Behandlungsplanes** (z.B. bei Privatpatientinnen/Privatpatienten, einem zusätzlichen Versuch ohne Kostenbeteiligung der GKV oder bei unverheirateten Antragstellerinnen/Antragstellern): Die Erklärung der Ärztin/des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme aufgrund von krankheitsbedingter Kinderlosigkeit sowie einen Kostenplan\*

Die Kostenübernahmeerklärung oder (bei Nichterstattung) der Negativbescheid der GKV/PKV

**und/oder**

Die Kostenübernahmeerklärung oder (bei Nichterstattung) der Negativbescheid der Beihilfe/Heilfürsorge, der die Höhe der Erstattung ausweist\*

\* Diese Unterlagen sind zwingend einzureichen, bei den letzten beiden Kästchen, nur die für Sie zutreffende/n Variante/n

## **6. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz**

Die vorstehend erhobenen Daten sind für die Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Für dessen weitere Bearbeitung ist Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung notwendig. Sie können diese Einwilligung verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle der Verweigerung der Einwilligung ist eine Bewilligung der beantragten Leistung nicht möglich. Das Hinweisblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (Seite 9 des Antrages) haben wir zur Kenntnis genommen. Wir stimmen der Verarbeitung der erhobenen Daten zum oben genannten Zweck zu.

Ja    Nein    **Angabe erforderlich!**

Wir ermächtigen das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) bei den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkasse, Beihilfestelle, private Krankenversicherung etc.) Auskünfte über von dort bewilligte/versagte Leistungen für die künstliche Befruchtung einzuholen.

Ja    Nein    **Angabe erforderlich!**

Wir erklären uns damit einverstanden, dass das LSJV bei der Reproduktionseinrichtung und der Apotheke Auskünfte zur Behandlung in dem Umfang einholt, wie diese für die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Insoweit entbinden wir die vom LSJV um Auskunft gebetene Klinik bzw. deren Ärztinnen/Ärzte und die Apotheke und deren Angestellte von ihrer Schweigepflicht.

Ja    Nein    **Angabe erforderlich!**

## **7. Erklärung der Antragstellerinnen/Antragsteller**

**Angabe erforderlich! Bitte ankreuzen!**

Mit diesem Kreuz erklären die Antragstellerinnen/Antragsteller, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. (Maßnahmenbeginn ist der Kauf von Medikamenten bzw. das Einlösen von Rezepten, die für die Kinderwunschbehandlung erforderlich sind). **Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung erst begonnen werden darf, wenn uns der Bewilligungsbescheid vorliegt.**

Alle in diesem Antrag (einschließlich der beigefügten Antragsunterlagen) gemachten Angaben sind richtig und vollständig.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehe-, Lebenspartnerin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehe-, Lebenspartner/Lebenspartnerin



## Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung

Das LSJV informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion verarbeitet.

Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind § 44 Abs. 1 der Verwaltungsvorschrift zum Vollzug der Landeshaushaltsordnung (VV-LHO) vom 20. Dezember 2002 und die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion des Landes Rheinland-Pfalz (Förderrichtlinie Assistierte Reproduktion) in den jeweils geltenden Fassungen.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist erforderlich, um Anträge auf Zuwendungen nach der Förderlichtlinie zu bearbeiten. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten **nicht** bereitstellen, kann das LSJV Ihren Antrag nicht bearbeiten – der Antrag ist in diesem Fall abzulehnen.

Ihre Daten bleiben für einen Zeitraum von 6 Jahren nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens gespeichert. Die Speicherung der Daten beginnt mit dem Zeitpunkt der Eröffnung des Vorganges.

Gegenüber dem LSJV können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung

Darüber hinaus können Sie sich an den Landesbeauftragten für den Datenschutz wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz (LfDI)  
Prof. Dr. Dieter Kugelmann  
Hintere Bleiche 34  
55116 Mainz