

**Patientenname:**

**zwischen der**

Eizellbank Erlangen der IVF Gesellschaft zur Förderung der Reproduktionsmedizin, Nägelsbachstr.12 in 91052 Erlangen, vertreten durch die Geschäftsführerin

- im Folgenden: Gesellschaft

**sowie der**

Gemeinschaftspraxis der Frauenärzte, Drs. Behrens, Hammel, Nürnbergerstr. 35 in 91052 Erlangen

- im Folgenden: GMP

**und**

der oben genannten Patientin

Im Folgenden: Auftraggeberin

**Sehr geehrte Patientin,**

die ärztliche Beratung zum Social Freezing ist keine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (fehlende medizinische Indikation).

Daher müssen wir Ihnen auch das bevorstehende erste orientierende Gespräch leider privat in Rechnung stellen. Die Rechnungsstellung erfolgt durch die GMP nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ).

Beratung/Erstgespräch GOÄ-Ziffer 34 x 3,5-facher Satz (besonderer Zeitaufwand): **61,20 €**

**Wir möchten Sie vorab auch über folgendes informieren:**

Sollten Sie sich für die Durchführung der vorsorglichen Kryokonservierung von Eizellen (Social Freezing) entscheiden, so sind sowohl die notwendigen Voruntersuchungen zur Abschätzung der Erfolgsaussichten (Hormonbestimmung, Anti-Müller-Hormon, Ultraschall etc.) vor endgültiger Therapieentscheidung als auch alle Maßnahmen im Rahmen des Social Freezing selbst keine Versicherungsleistungen und daher von Ihnen persönlich zu tragen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den o. g. Vorgaben einverstanden. Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift ferner damit einverstanden, dass die in diesem Zusammenhang notwendigen ärztlichen Leistungen durch die Ärzte der oben genannten Gemeinschaftspraxis erbracht werden.

Die Rechnungsstellung für die im Zusammenhang mit Social Freezing durchgeführten Maßnahmen erfolgt durch die oben genannte Gemeinschaftspraxis (Beratung, Planung, Durchführung sowie Kryokonservierung) bzw. durch die Erlanger Eizellbank der IVF-Gesellschaft (Lagerung von Eizellen).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erlangen, den Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift aufklärender Arzt Unterschrift IVF-Gesellschaft