



AXA Krankenversicherung AG

PKSL-QM4/5
50592 Köln
Tel.: 0221 148-31736/-23305
Fax: 0221 148-36545
kinderwunsch@axa.de

Antrag zur Beteiligung an den Kosten für eine Kinderwunschbehandlung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

gerne prüfen wir, ob wir uns an den Kosten für eine Kinderwunschbehandlung beteiligen können. Dazu benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen und Ihrer Partnerin/Ihrem Partner.

Bitte leiten Sie den beiliegenden Fragebogen an Ihre behandelnden Ärzte weiter, die die Kinderwunschbehandlung durchführen werden. Auf dem Fragebogen ist auch vermerkt, dass wir folgende Untersuchungsergebnisse benötigen:

- Zwei diagnostische Spermioogramme nach WHO-Kriterien (nicht älter als 6 Monate) mit Angabe der Karenzzeit
- Weitere urologische bzw. andrologische Untersuchungsbefunde sowie Hormonstatus
- Angaben zur Regelanamnese (Zykluslänge und -dauer)
- Unstimulierte Hormonwerte inklusive AMH-Wert zu Zyklusbeginn 1.– 3. Tag
- Sämtliche gynäkologischen Untersuchungsbefunde (Sonographiebefund, antraler Follikel-Count)
- Falls vorhanden: Hysteroskopie- und/oder Laparoskopie- sowie sonstige Untersuchungsbefunde

Außerdem benötigen wir von Ihnen:

- Die Zu- oder Absage der Krankenversicherung Ihrer Partnerin/Ihres Partners über die Beteiligung an den Kosten
- Die Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und Entbindung der Schweigepflicht Ihrer Partnerin/Ihres Partners – einfach und digital unter www.axa.de/einwilligung-kinderwunsch

Diese Einwilligungserklärung ist notwendig, damit wir auch die Informationen, die wir über Ihre Partnerin/Ihren Partner erhalten, prüfen können.

Sobald uns der ausgefüllte Fragebogen und die Informationen vorliegen, werden wir mit der Prüfung starten. Das Ergebnis werden wir Ihnen schnellstmöglich mitteilen. Alle Unterlagen können Sie an diese Adresse senden: **AXA Krankenversicherung AG, PKSL-QM4/5, 50592 Köln**

Alternativ können Sie Ihre Ärzte auch bitten, die Unterlagen direkt an uns zu schicken: Sie müssen sie nur von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ein Formular hierfür finden Sie beigelegt. Geben Sie dieses bitte ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Fragebogen an die Ärzte weiter.

Sie haben noch Fragen – wir helfen Ihnen gerne weiter. Sie erreichen uns unter **0221 148-31736/-23305** oder schicken Sie uns eine E-Mail an kinderwunsch@axa.de.

Freundlich grüßt Sie

Ihre AXA Krankenversicherung





Schweigepflichtentbindung

Versicherungsnummer

Mit der Schweigepflichtentbindung erlauben Sie Ihren Ärzten, uns die angefragten Unterlagen und den Fragebogen direkt zukommen zu lassen.

Bitte ausfüllen und zusammen mit dem Fragebogen weiterleiten an:

Kinderwunschzentrum

Anschrift

Und/Oder

Gynäkologin/Gynäkologe

Anschrift

Urologin/Urologe

Anschrift

Erklärung

Wir entbinden die aufgeführten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. **Bitte erteilen Sie der AXA Krankenversicherung AG bzw. der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung (Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG) die erforderlichen Auskünfte zum beigefügten Fragebogen.**

Es steht uns frei, die Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf geht an die AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln (oder per Fax an 0221 148-41913 oder per E-Mail an service@AXA.de).

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon (optional)

Unterschrift versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon (optional)

Unterschrift Partnerin/Partner





Vollmacht

Nur Sie bestimmen, wem wir Auskünfte geben und Fragen beantworten dürfen. Es gilt das sogenannte Versicherungsgeheimnis.

Aber Sie haben die Möglichkeit, Ihrer Partnerin/Ihrem Partner eine Vollmacht zu erteilen. Liegt die Vollmacht vor, dürfen wir Ihnen beiden Auskünfte geben, die Ihre gemeinsame Kinderwunschbehandlung betreffen.

Bitte füllen Sie die Vollmacht aus und senden Sie sie an uns zurück.

Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	

Ich erlaube der bevollmächtigten Person, Auskünfte zur aktuellen Kinderwunschbehandlung einschließlich der Leistungsabrechnungen zu geben sowie Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen.

Dazu entbinde ich die AXA Krankenversicherung von ihrer Schweigepflicht.

Ich kann die Vollmacht jederzeit widerrufen. Den Widerruf richte ich in schriftlicher Form an:

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln

Ort, Datum
Unterschrift Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter





Fragebogen für die behandelnden Ärzte

Sehr geehrte Damen und Herren,

um den Leistungsanspruch Ihrer Patientin/Ihres Patienten prüfen zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus und senden ihn an uns zurück. Sobald uns alle Unterlagen vorliegen, können wir die Prüfung durchführen.

Bitte senden Sie die Unterlagen an: **AXA Krankenversicherung AG, PKSL-QM4/5, 50592 Köln**
Gerne auch per Fax: **0221 148-36545** oder per E-Mail an **kinderwunsch@axa.de**

Freundlich grüßt Sie

AXA Krankenversicherung

Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer – Patientin/Patient

Versicherungsnummer	
Name, Vorname	Geburtsdatum

1. Bitte machen Sie uns hier nähere Angaben zur Partnerin/zum Partner

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

gesetzlich versichert privat versichert

2. Welche medizinischen Befunde liegen bei dem Paar vor?

Wer von beiden hat das überwiegend auslösende Krankheitsbild für die Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung?

Mann Frau beide

3. Bitte beschreiben Sie das/die Krankheitsbild/er und geben Sie die genaue Ursache der Sterilität an.





Versicherungsnummer

4. Wurden aufgrund des aktuellen Kinderwunsches bereits Behandlungen durchgeführt?

ja Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis (bitte Protokolle beifügen): nein

--

5. Wurden auch Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchgeführt?

ja Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis (bitte Protokolle beifügen): nein

am	Ergebnis
am	Ergebnis
am	Ergebnis

6. Erfolgte in der Vergangenheit eine Sterilisation bei einem Partner (Tubensterilisation oder Vasektomie)?

am	was	bei wem
am	was	bei wem

7. Welche Art der künstlichen Befruchtung soll durchgeführt werden?

Insemination IVF ICSI

8. Bitte übersenden Sie uns sämtliche vorliegende Befunde:

- Zwei diagnostische Spermioogramme nach WHO-Kriterien (nicht älter als 6 Monate) mit Angabe der Karenzzeit
- Weitere urologische bzw. andrologische Untersuchungsbefunde sowie Hormonstatus
- Angaben zur Regelanamnese (Zykluslänge und -dauer)
- Unstimulierte Hormonwerte inklusive AMH-Wert zu Zyklusbeginn 1.– 3. Tag
- Sämtliche gynäkologischen Untersuchungsbefunde (Sonographiebefund, antraler Follikel-Count)
- Falls vorhanden: Hysteroskopie- und/oder Laparoskopie- sowie sonstige Untersuchungsbefunde

Arztpraxis

Name	
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Fax

Liquidation

Nach GOÄ-Pos. 75 berechne ich den _____-fachen Satz mit _____ Euro.

Bitte nennen Sie uns Ihre Bankverbindung

IBAN	Stempel und Unterschrift
BIC	
Ort, Datum	

