

## 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. € 4.000,--.

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.



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 Gewebeentnahmeeinrichtungsverordnung (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 stehenden 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

Unterschrift des Partners

Datum:.....

.....

.....