

Patientenfragebogen zur Kostenbeteiligung breathe ilo**Versicherte:**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

KVNR: _____

Angaben zum Ehegatten/ Lebenspartner:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichert bei: Merck BKK: Andere: _____**Angaben zu Schwangerschaften:**

Eine Schwangerschaft/Schwangerschaften sind in der Vergangenheit auf natürlichem Wege eingetreten:

Ja: Nein: Ich habe ein Kind/Kinder: Ja: Nein: **Angaben zur hormonellen Verhütung:**

Die hormonelle Verhütung habe ich vor _____ Monaten abgesetzt. Seit dem Zeitpunkt ist mein/unser Kinderwunsch unerfüllt geblieben.

Der Arztfragebogen ist im Anhang beigefügt.

Antrag:

Ich beantrage nach Rücksprache mit meinem/meiner behandelnden/m Arzt/Ärztin die Kostenbeteiligung für breahe ilo.

Ort, Datum

Unterschrift**Wussten Sie schon?** Ihr Zuschuss erhöht sich wenn sowohl Sie, als auch Ihr Ehemann/Lebenspartner bei der Merck BKK versichert sind. Gerne beraten wir Sie zum Thema Mitgliedschaft unter der 06151-722256. Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Arztfragebogen zur Kostenbeteiligung breathe ilo**Versicherte:**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

KVNR: _____

Folgende medizinischen Abklärungen sind bei o.g. Patientin bereits erfolgt und konnten eine Kontra-indikation für den Einsatz von breathe ilo ausschließen (zutreffendes bitte ankreuzen):Empfängnis konnte auf natürlichem Wege nicht erreicht werden: seit: _____Empfängnisverhütungsmittel werden nicht (mehr) genutzt: seit: _____Grundlagendiagnostik: Ausschluss hormoneller Zyklusstörung: Auffälligkeit des Zyklusrhythmus: Ein Eisprung findet statt: Sonstiges:

Aufgrund der vorangegangenen diagnostischen Abklärungen und dem bisher unerfüllten Kinderwunsch meiner o.g. Patientin wird die Anwendung von breathe ilo zur Unterstützung weiterer Therapie-entscheidungen aus medizinischer Sicht empfohlen.

Ja:

Nein:

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel