

**Antrag**  
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **Leistungen für Maßnahmen der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

- Ärztliche/r Psychotherapeut/in
- Psychologische/r Psychotherapeut/in

**Richtlinien-Verfahren:** \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte/ Vertragspsychotherapeuten:**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 8.6 und 40.12 des EBM gemäß:**

- **Der Richtlinie des G-BA zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-Richtlinie) und**
- **Der Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband zu den Rahmenbedingungen der Abrechnung von Sachkosten aus dem Abschnitt 40.12 EBM „Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe (Kryo-Vereinbarung)**

**Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:**

- Beratung/Behandlung der Frau
- Beratung/Behandlung des Mannes

Zur Kryokonservierung zugehörige medizinische Maßnahmen:

- Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung und späteres Auftauen von Ei- oder Samenzellen sowie Keimzellgewebe

Die Durchführung der erforderlichen Laboratoriumsuntersuchungen erfolgt in folgendem Laboratorium unter der Anschrift:

Entfernung zur Praxis/MVZ/Einrichtung: \_\_\_\_\_ km.

**Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin:**

- Ich beantrage sämtliche medizinische Maßnahmen zur Kryokonservierung gemäß § 5 der Kryo-RL

Die zur Kryokonservierung gehörenden medizinischen Maßnahmen gemäß § 5 der Kryo-RL werden unter folgender Anschrift erbracht:

**und**

folgende Kenntnisse und Erfahrungen sind in der Praxis oder Einrichtung vorhanden:

- Endokrinologie der Reproduktion  
Verantwortlicher: \_\_\_\_\_
- Gynäkologische Sonographie  
Verantwortlicher: \_\_\_\_\_

Genehmigung zur Ultraschalldiagnostik – weibliche Genitalorgane nach der Ultraschall-Vereinbarung

- liegt vor /  wurde beantragt

- Operative Gynäkologie  
Verantwortlicher: \_\_\_\_\_  
Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren  
 liegt vor /  wurde beantragt
- Reproduktionsbiologie  
Verantwortlicher/Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_
- Bei der Behandlung von männlichen Versicherten zusätzlich Andrologie  
Verantwortlicher/Fachgebiet: \_\_\_\_\_  
Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren  
 liegt vor /  wurde beantragt

Hinweis: Von den vorgenannten Bereichen können jeweils nur 2 Bereiche gleichzeitig von einem Arzt/  
Wissenschaftler der Praxis oder Einrichtung verantwortlich geführt werden.

Ich gewährleiste die regelmäßige Kooperation mit folgenden Fachgebieten:

Humangenetik, Name: \_\_\_\_\_

Psychotherapie, Name: \_\_\_\_\_

- Ich lagere die kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder das Keimzellgewebe unter folgender  
Anschrift: \_\_\_\_\_
- Ich gewährleiste die Sicherstellung der Lagerung durch Abschluss einer Kooperationsvereinbarung.
- Eine Kopie der Kooperationsvereinbarung ist dem Antrag beigefügt.

### Für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Fachärzte für Kinderchirurgie:

Ich beantrage bei weiblichen Kindern und Jugendlichen ab der Pubertät, frühestens nach der Menarche  
und bei Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres, Leistungen der operativen Entnahme (Laparoskopie,  
in Ausnahmefällen Laparotomie) von Ovarialgewebe sowie Aufbereitung des Ovarialgewebes vor der  
Kryokonservierung gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 der Kryo-RL.

Die operative Entnahme von Ovarialgewebe nach § 5 Abs. 2 Nr. 3a) der Kryo-RL erfolgt unter folgender  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der QS-Vereinbarung zum ambulanten  
Operieren:  
 liegt vor /  wurde beantragt

Die Aufbereitung des Ovarialgewebes nach § 5 Abs. 2 Nr. 3a) der Kryo-RL erfolgt:

durch mich persönlich **ODER**  in der Einrichtung: \_\_\_\_\_

unter folgender Anschrift: \_\_\_\_\_

- Ich gewährleiste die Leistungsbestandteile Transport, Aufbereitung, Kryokonservierung und Lagerung  
durch Abschluss einer Kooperationsvereinbarung.
- Eine Kopie der Kooperationsvereinbarung ist dem Antrag beigefügt.

### Für Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung "Andrologie"

Ich beantrage für männliche Personen ab der Pubertät Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und der Aufbereitung von Samenzellen inkl. Spermogramm, sowie falls erforderlich die testikuläre Spermienextraktion (TESE) gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 4 der Kryo-RL.

- Ich erkläre hiermit, dass ich die folgenden Leistungen anbiete:
- Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung der Samenzellen inkl. Spermogramm
  - testikuläre Spermienextraktion (TESE)

Eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren:

- liegt vor /  wurde beantragt

### Organisatorische Voraussetzungen

- Ich erkläre hiermit, dass gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 der Kryo-RL für die jeweils erforderlichen Maßnahmen nach § 5 die einschlägigen Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion von mir erfüllt werden.
- Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 der Kryo-RL die Anforderungen der Leistungsbestandteile Transport, Aufbereitung, Kryokonservierung und Lagerung, ggf. auch im Wege von Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen, welche die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen einschlägigen Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion erfüllen und über die jeweils erforderliche Genehmigung nach § 20b oder § 20c des Arzneimittelgesetzes (AMG) verfügen, erfülle.
- Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 1 Abs. 3 der Kryo-Vereinbarung bei Beginn neuer Kooperationsvereinbarungen betreffend die Lagerung von kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe, die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen durch die Vorlage der Kooperationsvereinbarungen in Kopie gegenüber der KVSA nachweise.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung zu den Rahmenbedingungen der Abrechnung von Sachkosten aus dem Abschnitt 40.12 EBM „Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe“ (Kryo-Vereinbarung) zu erfüllen.

3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung insbesondere betreffend die Räumlichkeiten, das Personal in der Praxis oder Einrichtung, mit den Kooperationspartnern sowie in Bezug auf das angebotene Leistungsspektrum werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei  
persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten  
Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw.  
des anstellenden Vertragsarztes

### **Datenschutzrechtliches Einverständnis**

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten, der die Leistungen erbringen möchte