

Bitte wenden Sie sich mit diesem Formular an einen Arzt/Ärztin für Andrologie und legen uns diese Dokumentation der andrologischen Untersuchung danach vor.

**Ärztliche Bescheinigung
über die Durchführung einer andrologischen Untersuchung
gemäß der „Richtlinien über künstliche Befruchtung KB-RL“
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 14.08.1990,
geändert 16.03.2017 (BAnz AT 01.06.2017B4)**

Hiermit bescheinige ich, bei dem Patienten

Name, Vorname, Geb.datum:

eine andrologische Untersuchung im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für eine Behandlung gemäß 11.5 obiger Richtlinie durchgeführt zu haben.

Befund:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin
mit Zusatzbezeichnung Andrologie

Erstellt von: S.Scheibenzuber	Geprüft durch: Dr. Würfel	Freigegeben von: Dr. Gaßner
Datum: 06_2020	Datum: 06_2020	Datum: 06_2020