

# Antrag auf Förderung der Kinderwunschbehandlung durch den Bund und das Land Sachsen-Anhalt

Landesverwaltungsamt  
Referat 502  
Ernst-Kamieth-Straße 2  
06112 Halle (Saale)

Zutreffendes bitte  ankreuzen oder ausfüllen!

## 1. persönliche Daten

verheiratet       nichteheliche Lebensgemeinschaft

### 1.1 Antragstellerin

Familiennamen, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Freiwillige Angaben	Telefonnummer	
	E-Mail-Adresse	

### 1.2 Antragsteller

Familiennamen, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer (nur anzugeben, wenn abweichend von Antragstellerin)		
Postleitzahl, Ort (nur anzugeben, wenn abweichend von Antragstellerin)		
Freiwillige Angaben	Telefonnummer	
	E-Mail-Adresse	

Gut lesbare Kopien der Personalausweise/Aufenthaltstitel (Vorder- und Rückseite) sind beigelegt (alternativ ist die Vorlage einer aktuellen Meldebescheinigung möglich).

## 2. Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung

Name der Klinik
Ort

IVF-Behandlung       ICSI-Behandlung  
für den  
 1. Behandlungszyklus\*       2. Behandlungszyklus\*       3. Behandlungszyklus\*

\* Für jeden Behandlungszyklus ist ein gesonderter Antrag zu stellen

### 3. ärztliche Beratung

- Vor der IVF/ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte dieser Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der die Behandlung nicht selbst durchführt (z.B. behandelnder Gynäkologe).

### 4. Ehepaare

#### 4.1 Krankenversicherung Ehepartnerin

- gesetzliche Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

- Der von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigte Behandlungsplan ist in Kopie beigefügt.
- Das Begleitschreiben der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.
- Zusätzlich werden von der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Kosten übernommen, die über den gesetzlichen Anteil von 50 % hinausgehen.

- private Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

- Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der privaten Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.
- Ein Kostenvoranschlag der Klinik ist beigefügt.

- Beihilfeberechtigt

- 50 v.H.    70 v.H.    Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Beihilfe ist in Kopie beigefügt.

- Heilfürsorge

- Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Heilfürsorge ist in Kopie beigefügt.    Der Behandlungsplan ist in Kopie beigefügt.

#### 4.2 Krankenversicherung Ehepartner

- gesetzliche Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

- Der von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigte Behandlungsplan ist in Kopie beigefügt.
- Das Begleitschreiben der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.
- Zusätzlich werden von der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Kosten übernommen, die über den gesetzlichen Anteil von 50 % hinausgehen.

- private Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

- Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der privaten Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.
- Ein Kostenvoranschlag der Klinik ist beigefügt.

- Beihilfeberechtigt

- 50 v.H.    70 v.H.    Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Beihilfe ist in Kopie beigefügt.

- Heilfürsorge

- Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Heilfürsorge ist in Kopie beigefügt.    Der Behandlungsplan ist in Kopie beigefügt.

## 5. nichteheliche Lebensgemeinschaft

### 5.1 Partnerin

gesetzliche Krankenversicherung

private Krankenversicherung

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der privaten Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.

Beihilfeberechtigt

50 v.H.  70 v.H.

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Beihilfe ist in Kopie beigefügt.

Heilfürsorge

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Heilfürsorge ist in Kopie beigefügt.

### 5.2 Partner

gesetzliche Krankenversicherung

private Krankenversicherung

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der privaten Krankenversicherung ist in Kopie beigefügt.

Beihilfeberechtigt

50 v.H.  70 v.H.

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Beihilfe ist in Kopie beigefügt.

Heilfürsorge

Der Kostenbescheid/Ablehnungsbescheid der Heilfürsorge ist in Kopie beigefügt.

### 5.3 Kostenvoranschlag

Der Kostenvoranschlag der Klinik ist in Kopie beigefügt.

### 5.4 Einschätzung des behandelnden Arztes

Bei den Antragstellern handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft. Es ist sicher davon auszugehen, dass der Antragsteller die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Die Einschätzung des Arztes kann auch durch geeigneten schriftlichen Nachweis erbracht werden, der dann diesem Antrag beizufügen ist.

## 6. Erklärung der Antragsteller

### WICHTIG:

Erst wenn Ihnen der Bewilligungsbescheid über die Gewährung der Zuwendung zugestellt wurde, Sie keinen Rechtsbehelf eingelegt haben oder Ihnen ein förderunschädlicher vorzeitiger Maßnahmebeginn gestattet wurde, darf mit der Behandlung begonnen werden. Bei Verstoß gegen die Förderbedingungen ist Ihr Antrag abzulehnen bzw. der Zuwendungsbescheid in vollem Umfang zu widerrufen.

### 6.1 Pflichtangaben

- Hiermit bestätigen wir, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. Als Maßnahmebeginn gilt der **Abschluss des Behandlungsvertrages** zwischen der Ärztin oder dem Arzt und der Patientin oder dem Patienten für den jeweiligen Behandlungszyklus (erster, zweiter oder dritter Behandlungszyklus) sowie das **Einlösen von Rezepten**.
- Wir stimmen zu, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung unserer Antragsdaten für die Entscheidung, ob und in welchem Umfang und an wen die Fördergeldleistung zu zahlen ist, erforderlich ist. Zudem werden unsere personenbezogenen Daten mittels elektronischer Verarbeitung statistisch ausgewertet und an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 50964 Köln, in anonymisierter Form übermittelt. Hierzu erklären wir gemäß § 4 Abs. 1 des Datenschutzgesetzes Sachsen-Anhalt unsere Einwilligung.
- Wir erklären, dass alle vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und wir uns der strafrechtlichen Konsequenzen falscher Angaben bewusst sind (Subventionsbetrug).
- Die nachstehenden Hinweise zur Datenschutz-Grundverordnung haben wir zur Kenntnis genommen.

### 6.2 freiwillige Angaben

- Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Bewilligungsbehörde bei den zuständigen Krankenkassen bzw. der zuständigen Beihilfestelle Auskünfte über dort erbrachte Leistungen einholt, sofern dies für die Bewilligung unseres Antrages erforderlich ist. Gleichzeitig erklären wir uns damit einverstanden, dass bei der Klinik und der Apotheke Auskünfte in dem Umfang eingeholt werden dürfen, soweit diese zur Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich ist.
- Wir entbinden insoweit die von der Bewilligungsbehörde um Auskunft gebetenen Personen von ihrer Schweigepflicht im notwendigen Umfang.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin

Unterschrift Antragsteller

## **7. Informationen zum Antrag auf Förderung der Kinderwunschbehandlung gem. Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung**

### **Zuständige Stelle**

Zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen der Beantragung von Zuwendungen zur Kinderwunschbehandlung im Land Sachsen-Anhalt ist das Landesjugendamt im Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, Ernst-Kamieth-Str. 2, 06112 Halle (Saale). Dieses ist damit „Verantwortlicher“ im Sinne des Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung.

Für den Datenschutz ist die/der Datenschutzbeauftragte des Landesverwaltungsamtes verantwortlich.

### **Erhebung von personenbezogenen Daten**

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über Ihren Antrag auf Förderung der Kinderwunschbehandlung entscheiden zu können (Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion an Ehepaare und an nichteheliche Lebensgemeinschaften durch das Land Sachsen-Anhalt). Die Daten werden in Papierform und/oder elektronisch gespeichert.

### **Datenübermittlung**

Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt nicht.

### **Aufbewahrung und Speicherung**

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer von fünf Jahren nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Danach werden die Daten gelöscht bzw. die Unterlagen vernichtet.

### **Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung**

Die Antragsteller haben gegenüber dem Landesjugendamt ein Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie ggf. Anspruch auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten.

Sie haben zudem ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten. Sofern Sie von diesem Recht Gebrauch machen, kann sich dies negativ auf Ihren Anspruch auswirken.

### **Beschwerderecht**

Die Antragsteller haben zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Datenverarbeitung ein Beschwerderecht bei folgender Stelle:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt

Otto-von-Guericke-Str. 34a

39104 Magdeburg

E-Mail: [poststelle@ld.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@ld.sachsen-anhalt.de)

### **Verweigerungsrecht**

Sollten die Antragsteller notwendige Informationen nicht bereitstellen wollen, kann der Anspruch nach den Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion nicht geprüft werden. Demzufolge kann über den Antrag nicht abschließend entschieden werden, eine Förderung kann damit nicht erfolgen.