

**Überörtliche Gemeinschaftspraxis**

 Prof. Dr. med. Thomas Katzorke  
 Dr. med. Susanne Wohlers  
 Najib N. R. Nassar  
 Dr. med. Sylvia Bartnitzky  
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld

**Hauptbetriebsstätte:**

 Akazienallee 8-12, **45127 Essen**  
 Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

**Nebenbetriebsstätte:**

 Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**  
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

[info@ivfzentrum.de](mailto:info@ivfzentrum.de)  
[www.ivfzentrum.de](http://www.ivfzentrum.de)
**Fax an:**
**Krankenhaus** \_\_\_\_\_ **Station** \_\_\_\_\_ **Nr.** \_\_\_\_\_

**Wunsch nach Kryokonservierung (Eingefrierung) von Samenzellen**

Sehr geehrter Patient,

alle im Rahmen der Kryokonservierung (Eingefrieren) des Ejakulates (Sperma) anfallenden Kosten gehören in der Regel nicht zum Umgang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Die folgenden Kosten sind auch dann fällig, wenn sich nachfolgend keine Möglichkeit der Kryokonservierung ergeben sollte (beispielsweise weil keine Spermien nachweisbar sind).

Die Abrechnung erfolgt nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ggf. kann ein externes Labor beauftragt werden (gesonderte Rechnung des externen Labors).

**Die Gebühren sind vor Ort bar oder per EC-Karte zu entrichten:**
**Spermiogramm (wenn keine Kryokonservierung erfolgt)**

- |                                     |   |         |
|-------------------------------------|---|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Gespräch/Beratung, auch telefonisch<br>(GOÄ: Ziffer 1 Faktor 2.3) | 10,72 € |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Spermiogramm<br>(Ziffer SP60)                                     | 60,00 € |

**Kryokonservierung (Einfrieren)**

- |                                     |   |          |
|-------------------------------------|---|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sperma (natives Ejakulat, einschließlich Spermiogramm)*<br>(GOÄ: Ziffern 3668, A4013 alle Faktor 1.15; 1, 75 alle Faktor 2.3; Porto Faktor 1.0) | 364,10 € |
|-------------------------------------|---|----------|
- \* Bitte beachten Sie, dass die Kosten der Samenanalyse auch anfallen, wenn sich nachfolgend keine Möglichkeit der Kryokonservierung ergibt

**Lagerung von tiefgefrorenem Sperma** (Rechnung durch die Cryostore Deutschland GmbH)  
 (Preise einschl. MwSt)

- |                                     |                 |          |
|-------------------------------------|-----------------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Lagerung 1 Jahr | 297,50 € |
|-------------------------------------|-----------------|----------|

Für infektiöses Material gilt eine gesonderte Preisliste.

**Folgende Befunde müssen zum Zeitpunkt der Samenabgabe/ Kryokonservierung mitgebracht werden! (nicht älter als 3 Monate). Sollten sie durch uns veranlasst werden, entstehen die folgenden Kosten:**

- |                          |  |         |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Blutentnahme<br>(GOÄ: Ziffer 250 Faktor 1.8) | 4,20 €  |
| <input type="checkbox"/> | HIV 1+2                                      | 19,44 € |
| <input type="checkbox"/> | HBs-Ag                                       | 16,76 € |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HBc-Ak                                  | 20,11 € |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HBs-Ak                                  | 16,09 € |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HCV-Ak                                  | 26,81 € |

- Ich bin z.Zt. stationär  
 Name und Adresse des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Name des verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

- Ich werde z.Zt. ambulant behandelt.  
 Chemotherapie noch **nicht** begonnen/gestartet

**Ich wünsche die Durchführung der angekreuzten Untersuchungen und werde die Kosten begleichen.**

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

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

**Rücksendung per Fax an 0201 / 29 4 29 - 45**