

Dein Name
Postanschrift
PLZ Ort
Telefon
E-Mail

Datum

Name des Empfängers
Postanschrift
PLZ Ort

Antrag auf Kostenübernahme für sämtliche geschlechtsangleichende Operationen

Versichertennummer: XXXXXXXXX

Sehr geehrtes Team der XXX Krankenkasse,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die geschlechtsangleichenden Operationen, aufgrund meiner Frau-zu-Mann-Transidentität.

Seit XX.XX.XXXX befinde ich mich in psychotherapeutischer Begleitung bei >>NAME, ADRESSE<<

Seit XX.XX.XXXX befinde ich mich in Hormonersatztherapie mit Testosteron bei >>NAME, ADRESSE<<

Bei den geplanten Operationen handelt es sich um:

- Mastektomie, beidseitig
- Hysterektomie mit Adnektomie **oder** Ovaryektomie
- Metaidoioplastik/Klitorispenoid (**Klitpen**)
- Kolpektomie
- Penoidkonstruktion **oder** Penoidaufbau (inkl. Harnröhrenanschluss)
- Glansplastik (Eichelbildung)
- Skrotumkonstruktion (Hodensäcke)
- Implantation einer Erektionsprothese
- Implantation einer Hodenprothese

So wie alle Korrekturen, die nach den Operationen nötig werden können.

Zudem beantrage ich noch die Laserepilation >>DER ENTNAHMESTELLE<<.

Hierbei steht jedoch noch nicht fest, in welcher Praxis/Klinik dies durchgeführt wird. **(Dies bitte nur beantragen, wenn dies beim Vorgespräch (bitte nachfragen!) von seitens des Arztes so gewünscht wird)**

Durchführen lassen möchte ich die oben genannten Operationen vom/in:

>> NAME UND ADRESSE DER KLINIK(EN)<<

Im beigefügten verschlossenen Umschlag für den MDK habe ich folgende Unterlagen in Kopie hinzugefügt:

- transidenter Lebenslauf
- Gutachterliche Stellungnahme (Indikation) vom XX.XX.XXXX von >>NAME<<
- Arztbrief des/der Operateur(e) vom XX.XX.XXXX des >> NAME DER KLINIK<<
- Hormonstatus vor und/oder während der Hormontherapie vom XX.XX.XXXX von >>NAME DES ARZTES<<
- Ärztliches Attest/Gutachterliche Stellungnahme zur Laserepilation des Unterarms vom XX.XX.XXXX von >>NAME<<

Meine Namens- und Personenstandänderung sind seit XX.XX.XXXX beantragt und sind seitdem in Bearbeitung. Ob die Gutachten vor der ersten OP fertig gestellt sind, ist nicht absehbar.

In weiterer Folge wäre ich bereit Ihnen diese zur Verfügung zu stellen, obwohl sie ausschließlich für das Amtsgericht vorgesehen sind und auch ausschließlich selbiges Anspruch darauf hat. Ob die Gutachten jedoch im gegebenen zeitlichen Rahmen bis zur OP fertig und mir zugänglich sind, liegt nicht in meiner Hand. Des Weiteren möchte ich ausdrücklich betonen, dass keine rechtliche Notwendigkeit besteht diese Gutachten beizulegen. Daraus folgt, dass ich alle Anforderungen bis zu meinem Termin erfülle und ein Ablehnen haltlos Ware.

Sollten weitere Befunde benötigt werden, senden Sie mir bitte eine Schweigepflichtentbindung zu, damit die gewünschten Unterlagen bei den behandelnden Ärzt*innen angefordert werden können. Ebenso beantrage ich, falls die Gutachten nicht ausreichend sein sollten, die Übernahme der Kosten für benötigte Gutachten zuzusichern.

Ich bitte Sie darum, die Unterlagen im beigelegten Umschlag mit der Aufschrift „MDK“ an den zuständigen MDK weiterzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

>>BÜRGERLICHER NAME (NEUER NAME) NACHNAME<<