

PATIENTENSTAMMDATEN – FRAU

Frau

Name, Vorname _____ geb.: _____

Wohnhaft

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon

Privat _____ Handy/Dienst _____

Gynäkologe:

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Kostenträger:

- Krankenkasse Privatversicherung
 Beihilfe/Privatversicherung Selbstzahler

Name der Kasse/Vers.: _____

Empfehlung von:

- Frauenarzt / Hausarzt
 Patienten
 Medien (Presse, Rundfunk, Fernsehen)
Titel: _____
 www.fertility-center-bayreuth.de / allgemein Internet
 Sonstige

Bei mir wurden bisher _____ (Anzahl) Inseminationen, _____ (Anzahl) IVF- oder ICSI – Behandlungen durchgeführt.

Nach den Richtlinien zur 'Künstlichen Befruchtung' (§ 27a, Abs. 4 SGB V) können ein HIV-Test und eine Röteln-Titerbestimmung erforderlich sein, zu denen ich hiermit meine Zustimmung gebe.*

Die im Rahmen der Basisdiagnostik (Termin Erstgespräch) notwendigen Untersuchungen werden jedem Versicherten getrennt in Rechnung gestellt. Eine Abrechnung erfolgt

- bei gesetzlich versicherten Patienten über die Versicherungskarte;
- bei privat Versicherten bzw. Selbstzahlern auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wobei für Paare gilt, dass sie für gemeinschaftliche Kinderwunschbehandlungen als Gesamtschuldner auftreten. Ich wünsche die gemeinschaftliche Paar-Behandlung durch den zuständigen Arzt*
- Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an meine einweisenden/behandelnden Ärzte und an die einweisenden/behandelnden Ärzte meines Partners (z. B. in Form eines Arztbriefes) sowie an die Kooperationspartner (z.B. Labormedizin) einverstanden.*
- Ich bin mit der Weitergabe von medizinischen Daten an meinen Partner/Partnerin einverstanden*

*Nichtzutreffendes bitte streichen.

_____, den _____

(Unterschrift Patientin)

Bitte füllen Sie diesen Vordruck aus und geben diesen am Tag des Erstgespräches an der Rezeption ab. Vielen Dank!