

## PATIENTENSTAMMDATEN – Mann

### Herr

Name, Vorname

geb.:

### Wohnhaft

Straße

PLZ, Ort

### Telefon

Privat

Handy/Dienst

### Urologe/Hausarzt

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

### Kostenträger:

Krankenkasse

Privatversicherung

Beihilfe/Privatversicherung

Selbstzahler

Name der Kasse/Vers.: \_\_\_\_\_

### Empfohlen von: Frauenarzt der Frau / Hausarzt / Urologe

Patienten

Medien (Presse, Rundfunk, Fernsehen)

Titel: \_\_\_\_\_

[www.fertility-center-bt.de](http://www.fertility-center-bt.de) / allgemein Internet

Sonstige

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 Versichertenkarte;
- 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 Kooperationspartner (z.B. Labormedizin) einverstanden.\*
- Ich bin mit der Weitergabe von medizinischen Daten an meinen Partner/Partnerin einverstanden.\*

\*Nichtzutreffendes bitte streichen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

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