

Anmeldebogen Terminbestätigung / Basisdaten

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1. Terminbestätigung

Hiermit bestätige ich den Termin

am:

um: Uhr

bei:

Datum: _____

Unterschrift: _____

2. Persönliche Angaben

Patientin

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Familienstand: verheiratet
 ledig

Ehemann / Partner

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

3. Adresse

Straße, Hausnr.:

Festnetz (priv.):

Handy (priv.) Frau:

E-Mail (priv.) Frau:

Ort, PLZ:

Telefon (dienstl.):

Handy (priv.) Mann:

E-Mail (priv.) Mann:

(zur Verschlüsselten Kommunikation)

(zur Verschlüsselten Kommunikation)

4. Krankenversicherung

Patientin

Gesetzlich: _____
(Name der Kasse)

Privat: _____
(Name der Versicherung)

Beihilfe: _____
(Name der Beihilfestelle)

Ehemann / Partner

Gesetzlich: _____
(Name der Kasse)

Privat: _____
(Name der Versicherung)

Beihilfe: _____
(Name der Beihilfestelle)

5. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Frauenarzt anderer Arzt Freunde / Verwandte / Bekannte FCH Homepage
- Medien Instagram/Facebook waren schon bei Ihnen in Behandlung / weiteres Kind
- Sonstiges _____

**Patienten-Erklärung zur Datenübermittlung
an den Frauenarzt / Frauenärztin**

Name/Vorname/Geburtsdatum der Patientin

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich willige** in die Übermittlung von Arztbriefen und Befunden an meine/n

Frauenärztin/Frauenarzt

für jetzt und in Zukunft **ein**.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit diese Einwilligung schriftlich widerrufen kann.

Frauenärztin/Frauenarzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./ Fax: _____

ODER

- Ich erteile **keine** generelle Genehmigung zur Weiterleitung von Arztbriefen und Befunden an meine/n behandelnde/n Ärztin / Arzt.

Im Falle von wichtigen Befunden werde ich gegebenenfalls meine schriftliche Einwilligung für diesen Sonderfall erteilen.

Datum/Unterschrift Patientin