Anmeldebogen
Terminbestätigung / Basisdaten

FCH
FERTILITY
CENTER
HAMBURG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1. Terminbestätigung

Hiermit bestätige ich den Termin

am:

um: **Uhr**

bei:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

2. Persönliche Angaben

Patientin

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Geburtsort:

Größe:

Gewicht:

Familienstand: ☐ **verheiratet** ☐ **single**
☐ **ledig**

3. Adresse

Straße: **Ort, PLZ:**

Telefon (priv.): **Telefon (dienstl.):**

Handy (priv.):

E-Mail (priv.): _____
(zur verschlüsselten Kommunikation)

4. Krankenversicherung

Patientin

☐ **Gesetzlich:** _____
(Name der Kasse)

☐ **Privat:** _____
(Name der Versicherung)

☐ **Beihilfe:** _____
(Name der Beihilfestelle)

FCH
FERTILITY
CENTER
HAMBURG

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