

## PATIENTENSTAMMDATEN – Mann

### Herr

\_\_\_\_\_  
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 der Frau / Hausarzt / Urologe  
 Patienten  
 Medien (Presse, Rundfunk, Fernsehen)  
Titel: \_\_\_\_\_  
 www.fertility-center-bayreuth.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 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!**