



Anmeldebogen für gesetzlich Versicherte

Unser Service für einfaches Ausfüllen: Nach dem Download auf Ihren Rechner brauchen Sie das Formular nicht erst auszudrucken und von Hand auszufüllen, sondern Sie können die Felder direkt am Bildschirm ausfüllen. Danach bitte fertig ausdrucken und uns zusenden – maximal fünf Tage vor Ihrem Termin bei uns. Vielen Dank!

Ihre persönliche Daten

| | | | |
|-------------------|---|------------------|---|
| Name / Vorname | <input type="text"/> | Telefon (privat) | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Telefon (mobil) | <input type="text"/> |
| Straße / Haus-Nr. | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| PLZ / Ort | <input type="text"/> | Krankenkasse | <input type="text"/> |
| Familienstand? | <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet | Mit Beihilfe? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Kurzinformationen zu Ihren behandelnden Ärzten

Hier bitte den Namen und die Anschrift Ihres Arztes angeben.

Ihr Hausarzt

Ihr Frauenarzt / Urologe

Ihre Einwilligung

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Text sorgfältig zu lesen. Bei Zustimmung bitten wir Sie, die jeweiligen Punkte anzukreuzen.

- Ich bestätige, dass ich die Ärzte des Kinderwunsch- und Hormonzentrums Frankfurt (KWZ) um ärztliche Behandlung gebeten habe. Aktuell sind dies: Prof. Dr. Stefan Kissler, Dr. David Sauer, Prof. Dr. Prof. h. c. E. Merz, FÄ Ines Voß, FÄ Verena Fehringer.
- Ich bin einverstanden, dass mir Daten im PDF-Format zugeschickt werden und die Korrespondenz per E-Mail erfolgt, und bin mir bewusst, dass beim Versand von elektronischen Nachrichten das Risiko einer unbefugten Kenntnisnahme durch Dritte besteht. Nach dem Beginn der Behandlung werde ich meine Versichertenkarte und ggf. den Überweisungsschein, sofern dies noch nicht geschehen ist, innerhalb von fünf Werktagen nachreichen. Ich bin mir bewusst, dass ansonsten die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.
- Ebenso entbinde ich die Ärzte von ihrer Schweigepflicht, damit sie den Befund meiner Ehepartnerin / meinem Ehepartner oder meiner Lebensgefährtin / meinem Lebensgefährten bekanntgeben dürfen. Dies schließt auch – falls nötig – die Übersetzung über einen Dolmetscher mit ein.
- Ich stimme zu, dass die Ärzte des KWZ patientenbezogene Daten nach § 203 StGB bekanntgeben dürfen, soweit dies erforderlich sein sollte, um Vergütungs- und sonstige Ansprüche geltend zu machen oder um Forderungen gegen die Ärzte oder das KWZ abzuwehren. Dies gilt auch für einen Wechsel der Rechtsform und für den Fall, dass weitere Gesellschafter aufgenommen werden und/oder das KWZ ganz oder teilweise veräußert werden sollte, in Bezug auf die neuen Gesellschafter oder den neuen Inhaber.

Datum, Ort

Unterschrift