



Anmeldebogen für Privatpatienten und Selbstzahler

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	<input type="text"/>
Ihr Frauenarzt / Urologe	<input type="text"/>

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) darum gebeten habe, mich ärztlich bzw. privatärztlich zu behandeln. Aktuell sind dies: Prof. Dr. Stefan Kissler, Dr. David Sauer, Prof. Dr. Prof. h. c. E. Merz, FÄ Ines Voß, FÄ Verena Fehring. Ich bin mir bewusst, dass ich verpflichtet bin, die Kosten der Behandlung zu tragen – unabhängig von einem möglichen Versicherungsschutz. Dies beinhaltet auch die Erstattung einer Kostenrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich versichere, die Rechnung des KWZ unmittelbar und persönlich zu begleichen – unabhängig von den Leistungen meiner Krankenversicherung und dem vereinbarten Versicherungsschutz. Im Fall, dass ich zum Bezug von Beihilfe berechtigt bin, kommt dies auch in Betracht, wenn einzelne Leistungen des KWZ nicht beihilfefähig sind. Ich bin einverstanden, dass die Zusendung von Daten im PDF-Format und die Korrespondenz per E-Mail erfolgt, und bin mir bewusst, dass beim Versand von elektronischen Nachrichten das Risiko einer unbefugten Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte besteht. Damit meine patientenbezogenen Daten an ein externes Labor übermittelt werden können, entbinde ich die Ärzte von der Schweigepflicht. Der Laborarzt wird seine Leistung direkt mit mir abrechnen.
- 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



Kinderwunsch- & Hormonzentrum Frankfurt
Prof. Dr. med. Stefan Kissler
Lange Straße 4-6 • 60311 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0) 69 2196-7400 oder -7401
Fax: +49 (0) 69 2196-2640
E-Mail: info@kinderwunschzentrum-frankfurt.de