

 Dr. med. Grita Hasselbach Hafenstr. 6 d 26789 Leer	Geltungsbereich Ärztliche Sprechstunde	FB
	Patientenstammdaten Frau	Seite 1 von 1

Patientenstammdaten - Frau

Gesprächstermin am : _____

Name : _____ Vorname : _____ geb.: _____

Telefon : Privat : _____ Telefon : Dienstl. / Handy : _____

Wohnhaft in : _____

Straße

PLZ, Ort

E-Mail : _____ Beruf : _____

Mit Angabe meiner Email-Adresse erkläre ich mich einverstanden, Informationen vom Kinderwunschzentrum Ostfriesland auf elektronischem Weg zu erhalten.

Name des Partners / Ehemann : _____

Behandelnder Gynäkologe:

Name Straße PLZ, Ort

Kostenträger : Gesetzliche Krankenkasse Privatversicherung Beihilfe

Name der Krankenkasse / Versicherung : _____

Besuch unseres Zentrum auf Empfehlung von : Frauenarzt/Hausarzt Patienten Medien
 Homepage sonstiges _____

Wichtig: Gesetzlich Versicherte müssen ihre Versichertenkarte zu allen Untersuchungen (auch Blutentnahmen) vorhalten, da sonst keine Leistung erfolgen kann.

Ich wünsche die Behandlung durch die Ärzte des Kinderwunschzentrums Ostfriesland.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Ehemann / Partner über meine Befunde und Behandlungen informiert werden darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Gynäkologe / Hausarzt über meine Befunde und Behandlungen informiert werden darf.
- Ich möchte nicht, dass mein Gynäkologe / Hausarzt über meine Befunde informiert wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass von mir zu untersuchendes Material (z.B. Blut) bei Bedarf an ein externes Labor versendet und dort bearbeitet werden darf.
Handelt es sich hierbei um private Leistungen, erfolgt die Rechnungsstellung über das jeweilige Labor.
- Ich bin damit einverstanden, dass die für die Diagnostik und Therapie notwendigen HIV- und Hepatitis-Bestimmungen bei mir durchgeführt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir erhobenen und übermittelten Daten und Befunde personenbezogen gespeichert und verarbeitet werden unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich einverstanden, eventuell anfallende Kosten im Rahmen der Diagnostik zu übernehmen. Ich erkläre mich einverstanden, dass das Kinderwunschzentrum Leer und die Kinderwunschzentrum Ostfriesland Kryo-GmbH alle zur Geltendmachung seiner Forderung erforderlichen Daten und Informationen insbesondere Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Behandlung etc.- im Fall des Zahlungsverzugs an ein Inkassobüro weiterleitet. Insoweit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht.

Leer, den _____
 Unterschrift Patientin