

 Dr. med. Grita Hasselbach Hafenstr. 6 d 26789 Leer	Geltungsbereich Ärztliche Sprechstunde	FB
	<b>Patientenstammdaten Mann</b>	

## Patientenstammdaten – Mann

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 der Partnerin / Ehefrau : \_\_\_\_\_

Behandelnder Urologe/Hausarzt :

\_\_\_\_\_  
 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 meine Ehefrau / Partnerin über meine Befunde und Behandlungen informiert werden darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Urologe / Hausarzt über meine Befunde und Behandlungen informiert werden darf.
- Ich möchte nicht, dass mein Urologe / Hausarzt 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 Patient