

**Medizinisches Versorgungszentrum für
Reproduktionsmedizin
am Klinikum Kassel GmbH**

Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel

PATIENTENSTAMMDATEN - FRAU

Termin: _____

Frau

Name, Vorname, Geburtsname geb.: Geb.-Ort:

wohnhaft

Straße PLZ, Ort

Telefon

Privat Dienst / Handy

Email

Gynäkologe:

Name, Vorname Fachrichtung

Straße PLZ, Ort

Kostenträger:

Krankenkasse Privatversicherung

Beihilfe / Privatversicherung Selbstzahler

Name der Kasse/Vers.: _____

Empfehlung von:

Frauenarzt / Hausarzt _____

Patienten

Medien (Presse, Rundfunk, Fernsehen)

Titel: _____

www.kinderwunsch-kassel.de / allgemein Internet

Sonstige: _____

Bei mir wurden bisher ____ (Anzahl) Inseminationen, ____ (Anzahl) IVF- oder ICSI-Behandlungen durchgeführt.

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 Versichertenkarte;
- 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.*

*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!