

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

Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel

PATIENTENSTAMMDATEN - MANN

Termin: _____

Mann

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

wohnhaft

Straße PLZ, Ort

Telefon

Privat Dienst / Handy

Email

Urologe:

Name, Vorname Facharzttrichtung

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: _____

Nach den Richtlinien zur 'Künstliche Befruchtung' (§ 27a, Abs. 4 SGB V) kann ein HIV-Test erforderlich sein, zu dem 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 Patient)

Bitte füllen Sie diesen Vordruck aus und geben diesen am Tag des Erstgespräches an der Rezeption ab. Vielen Dank!