

## Patientenanmeldung/patient registration

Bitte **vor** Ihrem Termin ausgefüllt zurück senden!  
Danke  
Please send back filled out prior to your appointment ! Thank you



Reproduktionsmedizin  
München  
Medizinisches  
Versorgungszentrum  
Partnerschaftsgesellschaft  
Dr. Walter Bollmann  
Dr. Thomas Brückner  
Dr. Daniel Noss

Arzt für Laboratoriumsmedizin  
Dr. Gerhard Noss

Tal 11, 80331 München  
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60  
info@ivf-bbn.de | www.ivf-bbn.de  
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie als Kassenpatient für das Kinderwunschberatungsgespräch und **alle** weiteren Behandlungen **jedes** Quartal von Ihrem Gynäkologen einen **Überweisungsschein** benötigen und Ihre **Versichertenkarte**. Bei den Männern benötigen wir (auch **jedes** Quartal in dem eine Behandlung erfolgt) die **Versichertenkarte** und den **Überweisungsschein** vom Hausarzt oder Urologen.

We expressly point out that you need from your gynecologist as Kassenpatient for the fertility consultation and all other treatments each quarter, a referral and your insurance card . For men, we need ( and each quarter in which a treatment is ) the insurance card and the referral from the family doctor or urologist.

Arzt \_\_\_\_\_ Termin \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ 4. Stock   
Doctor Appointment Hour 5. Stock

### Name, Vorname:

name, first name:

### Geburtsdatum:

birth date:

### Adresse: Straße, PLZ, Wohnort:

address:

### Telefon-Nr.: privat:

telephonenumber:

### geschäftlich/tagsüber:

on business:

### Mobiltel.:

handy:

### Fax-Nr.:

Fax-nr.:

### email:priv:

email:

### Krankenkasse:

health insurance:

### Krankenkassen-Nr.: links unten auf Ihrer Karte

### Beruf:

profession:

### Arbeitgeber:

employer:

### Gynäkologe:

Gynecologist:

### Hausarzt:

general doctor:

### empfohlen von:

recommend from:

### Fahrzeit von der Wohnung zur Praxis:

travel time between home and practice:

### Verheiratet:

marriage:

### wenn ja, seit wann:

how long:

### mit unten genanntem Partner: ja

mentioned below:

nein

### Letzte Vorsorgeuntersuchung:

last screening:

### letzte Mammographie (wo und wann?):

mamography (when,where):

### **BITTE NUR BEI KINDERWUNSCH AUSFÜLLEN ! (only in case of infertility !)**

### Name, Vorname des Partners:

name, first name of the husband or partner:

### Geburtsdatum:

birth date:

### Adresse: Straße, PLZ, Wohnort:

address:

### Telefon-Nr.: privat:

telephonenumber:

### geschäftlich/tagsüber:

on business:

### Mobiltel.:

handy:

### Fax-Nr.:

Fax-nr.:

### email:

email:

### Krankenkasse:

health insurance:

### Krankenkassen-Nr.: links unten auf Ihrer Karte

### Beruf:

profession:

### Arbeitgeber:

employer :

### Urologe/Androloge:

Urology/andrology:

general doctor:

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Datenauskunft an den jeweiligen Partner (auch tel. oder per Fax)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Patientendaten anonym statistisch ausgewertet werden.

Hiermit bin ich mit der digitalen Erfassung meines Fotos für meine Karteikarte (Identitätssicherung) einverstanden

I hereby give my consent for the information data to the respective partner (also telephone or fax )

I hereby confirm the correctness of the statements made above

I hereby agree that my patient data anonymously for statistical purposes.

Herewith I am using the digital recording of my photos are consenting for my index card (identity assurance)

München, den

Unterschrift Patientin  
patient signature (fem.)

München, den

Unterschrift Patient  
patient signature (male)