

# Terminbestätigung / Basisdaten

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

## 1. Terminbestätigung

Hiermit bestätige ich den Termin

am:

um:           Uhr

bei:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 2. Persönliche Angaben

### Patientin

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:  verheiratet

ledig

### Ehemann / Partner

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

## 3. Adresse

Straße, Hausnr.:

Festnetz (priv.):

Handy (priv.) Frau:

E-Mail (priv.) Frau:

\_\_\_\_\_  
(zur Verschlüsselten Kommunikation)

Ort, PLZ:

Telefon (dienstl.):

Handy (priv.) Mann:

E-Mail (priv.) Mann:

\_\_\_\_\_  
(zur Verschlüsselten Kommunikation)

## 4. Krankenversicherung

### Patientin

**Gesetzlich:** \_\_\_\_\_  
(Name der Kasse)

**Privat:** \_\_\_\_\_  
(Name der Versicherung)

**Beihilfe:** \_\_\_\_\_  
(Name der Beihilfestelle)

### Ehemann / Partner

**Gesetzlich:** \_\_\_\_\_  
(Name der Kasse)

**Privat:** \_\_\_\_\_  
(Name der Versicherung)

**Beihilfe:** \_\_\_\_\_  
(Name der Beihilfestelle)

**5. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Frauenarzt    anderer Arzt    Freunde / Verwandte / Bekannte    FCH Homepage
- Medien    Instagram/Facebook    waren schon bei Ihnen in Behandlung / weiteres Kind
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Patienten-Erklärung zur Datenübermittlung  
an den Frauenarzt / Frauenärztin**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Geburtsdatum der Patientin

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

- Ich willige** in die Übermittlung von Arztbriefen und Befunden an meine/n

**Frauenärztin/Frauenarzt**

für jetzt und in Zukunft **ein**.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit diese Einwilligung schriftlich widerrufen kann.

**Frauenärztin/Frauenarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./ Fax: \_\_\_\_\_

**ODER**

- Ich erteile **keine** generelle Genehmigung zur Weiterleitung von Arztbriefen und Befunden an meine/n behandelnde/n Ärztin / Arzt.

Im Falle von wichtigen Befunden werde ich gegebenenfalls meine schriftliche Einwilligung für diesen Sonderfall erteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patientin