

Patientenanmeldung/patient registration

Bitte spätestens **1 Woche vor** Ihrem Termin ausgefüllt zurück senden! Danke

Please send us the filled out document permit 1 week to your appointment! Thank you



Reproduktionsmedizin
München im Tal
MVZ

Partnerschaftsgesellschaft mbB

Dr. Daniel Noss
Dr. Isabel Stoll
Dr. Patrick Mehrle
Dr. Kathrin Pohlrig

Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.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:

Geburtsname:

birth name

Geburtsdatum:

birth date:

Geburtsort:

place of birth:

Adresse: Straße, PLZ, Wohnort:

address:

Telefon-Nr.: privat:

telephonenumber:

geschäftlich/tagsüber:

on business:

Mobiltel.:

mobile phone:

Fax-Nr.:

Fax-nr.:

Email priv:

email:

Krankenkasse:

health insurance:

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:

nein

wenn ja, seit wann:

how long:

mit unten genanntem Partner: ja

mentioned below:

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:

Geburtsname:

birth name

Geburtsdatum:

birth date:

Geburtsort:

place of birth:

Adresse: Straße, PLZ, Wohnort:

address:

Telefon-Nr.: privat:

telephonenumber:

geschäftlich/tagsüber:

on business:

Mobiltel.:

mobile phone:

Fax-Nr.:

Fax-nr.:

Email:

email:

Krankenkasse:

health insurance:

Beruf:

profession:

Arbeitgeber:

employer:

Urologe/Androloge:

Urology/andrology:

Hausarzt:

general doctor:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

I hereby confirm the correctness of the statements made above

München, den _____
Patientin
patient signature (fem.)

München, den _____
Patient
patient signature (male)