KINDERWUNSCH ZENTRUM
Ludwigsburg

Anmeldeformular (GKV-Patient)

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Telefon privat + Mobiltelefon: _____

Telefon geschäftlich: _____

private E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

☐ Frauenarzt / ☐ Urologe (Name, Ort): _____

Familienstand:
☐ verheiratet mit jetzigem Partner ☐ ledig
☐ verheiratet mit anderem Partner ☐ geschieden
☐ verwitwet

☐ lesbisches Paar ☐ eingetragene Partnerschaft/Ehe

Name Ihrer Krankenkasse:

Im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung werden medizinische Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (§ 27a SGB V).

Für bestimmte Behandlungen, beispielsweise mit Spendersamen, bei unverheirateten Paaren, bei Kryobehandlungen oder bei zusätzlichen Untersuchungs- und Therapieverfahren, besteht jedoch häufig kein Anspruch auf Kostenübernahme. Diese Leistungen müssen daher privatärztlich abgerechnet werden.

Der Unterzeichner (Patient/Patientin) erklärt:
Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass die mit mir vereinbarten Leistungen, die nicht zulasten meiner gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Mir ist bekannt, dass für Untersuchungen und Leistungen anderer Ärzte, Labore oder medizinischer Einrichtungen (z. B. spezielle Laboruntersuchungen, genetische Diagnostik oder urologische Leistungen) zusätzliche Rechnungen entstehen können.

Ich wurde darüber informiert, dass Krankenversicherungen und andere Kostenträger die Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise erstatten.

Ich verpflichte mich, die vereinbarten und ordnungsgemäß in Rechnung gestellten privatärztlichen Leistungen unabhängig von einer möglichen Kostenerstattung vollständig zu bezahlen.

Über die voraussichtlich entstehenden Kosten werde ich vor Durchführung der jeweiligen privatärztlichen Leistungen gesondert informiert.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____