KINDERWUNSCH ZENTRUM
Ludwigsburg

Anmeldeformular (Privatpatient)

Titel, Vor- und Familienname:		
Geburtsdatum:		
Straße:		
PLZ/Wohnort:		
Nationalität:		
Beruf:		
Telefon privat + Mobiltelefon:		
Telefon geschäftlich:		
private E-Mail-Adresse:		
Hausarzt (Name, Ort):		
☐ **Frauenarzt (Name, Ort):** ☐ **Urologe (Name, Ort):**		
Familienstand:	☐ verheiratet mit jetzigem Partner ☐ ledig ☐ verheiratet mit anderem Partner ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ lesbisches Paar ☐ eingetragene Partnerschaft/Ehe	
Krankenkasse:	☐ Privat (Normaltarif) ☐ Privat (Normaltarif) + Beihilfe ☐ eingeschränkte Kostenübernahme (Basistarif o.ä.)	
Name der Krankenkasse: **ggf. Name der Beihilfe:**		

Honorarvereinbarung:

Der Unterzeichner (Patient/Patientin) erklärt: Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt seine Leistungen privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren wird. Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (z.B. Laborwerte, Gewebeproben, genetische Diagnostik, urologische Leistungen), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, Rechnungen anderer Ärzte erhalten werde.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die privaten Krankenversicherer bzw. Beihilfestellen (Kostenträger) Leistungsabrechnungen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung nicht immer und ggf. nur teilweise erstatten. Ich erkläre hiermit, dass ich auch im Falle keiner oder einer nur unvollständigen Erstattung durch den/die Kostenträger die in Rechnung gestellten Leistungen in voller Höhe begleichen werde und dass ich eine Kopie dieser Honorarvereinbarung erhalten habe.

Kosten für Erstberatung und Untersuchungen (u.a. Ultraschall, Blutwerte):
300-500€ (Frau), 150-350 € (Mann)

Kosten für Blutuntersuchung über externes Labor (Blutwerte, Abstriche):
ca. 250€ (Frau), ca. 50-100€ (Mann)

Ort, Datum		Unterschrift Patientin/Patient