



**HINWEIS:** Sie können dieses Formular **direkt am Rechner** ausfüllen! Dafür müssen Sie es zunächst auf Ihren Rechner **herunterladen**. Nach dem Ausfüllen einfach ausdrucken und spätestens drei Tage vor Ihrem Termin bei uns zusenden. Vielen Dank!



# Anmeldebogen für Privatpatienten & Selbstzahler

## Persönliche Daten

Name	.....	Telefon (privat)	.....
Vorname	.....	Telefon (mobil)	.....
Geburtsdatum	.....	Telefon (beruflich)*	.....
Straße	.....	E-Mail	.....
PLZ	.....		
Ort	.....	Krankenkasse	.....
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		Mit Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Informationen zu Ihrem Arzt

Bitte geben Sie hier den Namen und die Anschrift Ihres Arztes an.

Gynäkologe/ Urologe .....

Hausarzt .....

## Einwilligung

Bitte lesen Sie sich diesen Abschnitt sorgfältig durch und kreuzen bei Zustimmung an.

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Ärzte der Partnerschaft Dr. Helmut Lacher, Dr. Jörg Puchta, PD Dr. Hans-Ulrich Pauer, Dr. Silke Michna um ärztliche/privatärztliche Behandlung gebeten habe, deren Kosten ich unmittelbar und persönlich, unabhängig von einem etwaigen Versicherungsschutz, zu zahlen habe. Dies schließt insbesondere auch die Erstattung einer Kostenrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.**

Ich ermächtige die Ärzte der Partnerschaft zur Bekanntgabe patientenbezogener und persönlicher Daten im Sinn von § 203 StGB soweit dies zur Geltendmachung von Vergütungs- und sonstigen Ansprüchen oder zur Abwehr von gegen die Ärzte oder die Partnerschaft gerichteter Forderungen von mir erforderlich ist. Darüber hinaus ermächtige ich die Ärzte sowie die Partnerschaft im Falle der Aufnahme weiterer Gesellschafter und / oder der ganzen oder teilweisen Veräußerung der Gesellschaft bzw. deren Geschäftsbetrieb zur Bekanntgabe patientenbezogener und persönlicher Daten im Sinn von § 203 StGB an den neuen Gesellschafter bzw. Erwerber. Gleiches gilt für einen Wechsel der Rechtsform.

Ich versichere, die Rechnung der Partnerschaft unabhängig von dem tatsächlichen vereinbarten Versicherungsschutz und den Leistungen meines Krankenversicherers unmittelbar und persönlich zu begleichen. Sofern ich berechtigt bin **Beihilfe** zu beziehen, gilt dies entsprechend für den Fall, dass einzelne Leistungen der Partnerschaft nicht beihilfefähig sind.

Zur Beauftragung eines externen Labors entbinde ich die Ärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung meiner Patientendaten und erkläre mich mit der Abrechnung durch den Laborarzt einverstanden:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Synlab Holding Deutschland GmbH                | <input type="checkbox"/> Cytologie Gern              |
| <input type="checkbox"/> Zentrum für Humangenetik, Dr. Klein & Dr. Rost | <input type="checkbox"/> Pränatal Medizin München    |
| <input type="checkbox"/> Pathologie München-Nord                        | <input type="checkbox"/> Urologe Dr. Patrick Bössner |

Von meinem Widerrufsrecht kann ich jederzeit schriftlich Gebrauch machen.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

\* Selbstverständlich werden wir Sie beruflich nur unter Wahrung maximaler Diskretion anrufen und nur dann wenn es erforderlich ist. Wenn Sie dies grundsätzlich nicht wünschen, lassen Sie dieses Feld bitte einfach leer.



**Partnerschaftsgesellschaft**  
 Dr. med. Helmut Lacher  
 Dr. med. Jörg Puchta  
 Dr. med. Silke Michna  
 PD Dr. med. Hans-Ulrich Pauer

**Schwerpunkte**  
 Gynäkologische Endokrinologie  
 Präventionsmedizin  
 Reproduktionsmedizin  
 Kryokonservierung  
 Medizinische Genetik  
 Hormon-Einsendelabor

**Kontakt**  
 Maximilianstraße 2a  
 80539 München  
 Tel. Praxis 089. 54 70 41-0  
 Fax Praxis 089. 54 70 41-34  
 Tel. Buchhaltung 089. 54 70 41-41  
 Fax Buchhaltung 089. 54 70 41-30  
 info@kinderwunschzentrum-an-der-oper.de  
 www.kinderwunschzentrum-an-der-oper.de

**Bankverbindung**  
 HypoVereinsbank  
 IBAN DE86 7002 0270 1720 3493 68  
 SWIFT (BIC) HYVEDEMMXXX

Partnerschaftsgesellschaft  
 Amtsgericht München PR 395  
 DIN EN ISO 9001 : 2015



# Anmeldebogen für Privatpatienten & Selbstzahler

## Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass ein Befund gegebenenfalls meiner/m Ehepartner/in oder Lebensgefährte/in bekannt gegeben wird – falls nötig auch per Dolmetscher. Ich entbinde die Ärzte der Partnerschaft insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ehepartner/in, Lebensgefährte/in oder andere:

Gegebenenfalls Dolmetscher:

Name .....

Name .....

Vorname .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geburtsdatum .....

- Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail an die genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Von meinem Widerrufsrecht kann ich jederzeit schriftlich Gebrauch machen.

Ort, Datum

Unterschrift



### Partnerschaftsgesellschaft

Dr. med. Helmut Lacher  
Dr. med. Jörg Puchta  
Dr. med. Silke Michna  
PD Dr. med. Hans-Ulrich Pauer

### Schwerpunkte

Gynäkologische Endokrinologie  
Präventionsmedizin  
Reproduktionsmedizin  
Kryokonservierung  
Medizinische Genetik  
Hormon-Einsendelabor

### Kontakt

Maximilianstraße 2a  
80539 München  
Tel. Praxis 089.54 70 41-0  
Fax Praxis 089.54 70 41-34  
Tel. Buchhaltung 089.54 70 41-41  
Fax Buchhaltung 089.54 70 41-30  
info@kinderwunschzentrum-an-der-oper.de  
www.kinderwunschzentrum-an-der-oper.de

### Bankverbindung

HypoVereinsbank  
IBAN DE86 7002 0270 1720 3493 68  
SWIFT (BIC) HYVEDEMMXXX

Partnerschaftsgesellschaft  
Amtsgericht München PR 395  
DIN EN ISO 9001:2015