



K-23

## Erstgespräch

Bitte senden Sie uns bereits **eine Woche vor Ihrem vereinbarten Termin** das ausgefüllte Formular und Kopien eventuell vorhandener Befunde **per Post**. Die Verwendung von E-Mail ist für die Übermittlung von Gesundheitsdaten aus Gründen der Datensicherheit nicht geeignet.

**Alternativ** zum Versand des Formulars per Post können Sie das **Online-Formular mit Basis-Angaben** ausfüllen und absenden. In diesem Fall ersuchen wir Sie, dass Sie **dieses ausgefüllte Formular mit allen Angaben direkt zum Erstgespräch mitbringen**.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und leserlich aus. Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Wir benötigen diese Informationen, um Ihre Daten bereits vor Ihrem Termin in unserem Institut zu erfassen – damit Ihr Erstgespräch pünktlich starten kann. Vielen Dank!

### Formular

#### Frau

Titel	
Vorname*	
Nachname*	
Geburtsdatum*	
Nationalität	
Familienstand*	
Telefon*	
E-Mail*	
Straße*	
PLZ, Ort*	
Land	

#### Versicherung

Ich bin in Österreich sozialversichert.

Krankenkasse*	
Versicherungsnummer (e-card)*	

#### Partner:in

Titel	
Vorname*	
Nachname*	
Geburtsdatum*	
Nationalität	
Familienstand*	
Telefon*	
E-Mail*	
Straße*	
PLZ, Ort*	
Land	

#### Versicherung

Ich bin in Österreich sozialversichert.

Krankenkasse*	
Versicherungsnummer (e-card)*	



## Zuweisende Ärzt:innen

Praktische:r Arzt:Ärztin	
Gynäkolog:in	
Urolog:in	

## Sonstiges

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?	
---	--

Datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung\*

Wir stimmen der Datenverarbeitung unserer angegebenen Daten – gemäß Datenschutzerklärung (<https://www.kinderwunschzentrum-doebling.at/de/datenschutzerklaerung>) – zum Zweck der Bearbeitung für das Erstgespräch und gegebenenfalls die weitere Behandlung zu.  
Diese Zustimmung können wir jederzeit per E-Mail an [datenschutz@mavie-med.at](mailto:datenschutz@mavie-med.at) widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Frau

---

Unterschrift Partner:in