



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 und Fax 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 in Blockbuchstaben aus. Wir benötigen diese Informationen, um Ihre Daten bereits vor Ihrem Termin in unserem Institut zu erfassen – damit Ihr Erstgespräch pünktlich starten kann.

Vielen Dank!

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

Versicherung

Ich bin in Österreich sozialversichert.

Krankenkasse	
SV-Nr. (e-card)	

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

Versicherung

Ich bin in Österreich sozialversichert.

Krankenkasse	
SV-Nr. (e-card)	





Zuweiser*in

Allgemeinmedizin	
Gynäkologie	
Urologie	

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung

Wir stimmen der Datenverarbeitung unserer angegebenen Daten – gemäß Datenschutzerklärung (<https://www.kinderwunschzentrum-doebling.at/de/datenschutzerklaerung.html>) – zum Zweck der Bearbeitung für das Erstgespräch und gegebenenfalls die weitere Behandlung zu.

Diese Zustimmung können wir jederzeit per E-Mail an datenschutz@premiqamed.at widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Frau

Unterschrift Partner*in

