



# STAMMDATEN

Bitte dieses Formular vollständig und in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen!

## Empfängerin

## Partnerin

Akadem. Titel

.....

.....

Vorname

.....

.....

Familienname

.....

.....

Geburtsname

.....

.....

Geburtsdatum

.....

.....

Geburtsort

.....

.....

Sozialversicherungs-Nr.  
(10-stellig)

-----

-----

Versicherungsanstalt

.....

.....

Zusatzversicherung

.....

.....

Familienstand\*

verheiratet\*  verpartnert\*  in Lebensgemeinschaft

\*Bitte bringen Sie Ihre Heirats- bzw. Verpartnerungsurkunde zum Erstgespräch mit.

Staatsbürgerschaft

.....

.....

Straße/Nr./Stiege/Tür

.....

.....

PLZ und Wohnort

.....

.....

Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer bekannt, unter der Sie gut erreichbar sind:

Telefon

.....

.....

Frauenarzt  
(Name + PLZ, Ort)

.....

.....

Beruf

.....

.....

PLZ Arbeitsort

.....

.....





### In welcher Sprache würden Sie gerne bevorzugt mit uns kommunizieren?

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deutsch         | <input type="checkbox"/> Italienisch | <input type="checkbox"/> Serbokroatisch/Bosnisch |
| <input type="checkbox"/> Englisch        | <input type="checkbox"/> Türkisch    | <input type="checkbox"/> Arabisch                |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                      |  |

### Mediale Präsenz

Wir bekommen oft Journalistenanfragen, welche sich für die Situation eines betroffenen Kinderwunschaars interessieren. Wir achten sehr genau darauf, dass sich Paare, die sich dafür zur Verfügung stellen, wohl fühlen und der Kontakt mit den Medienvertretern nach Ihren Wünschen abläuft.

- Wir wären bereit, als Betroffene für ein Interview im TV, **persönlich und öffentlich** über unseren Kinderwunsch und die Behandlung zu sprechen.
- Wir wären bereit, **anonym** über unseren Kinderwunsch und die Behandlung zu sprechen.
- Nein, das kommt für uns nicht in Frage!

### Wie sind Sie auf das Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?

- FRAUENARZT** - Er/Sie hat...
- ... mich direkt an das Kinderwunschzentrum Goldenes Kreuz zugewiesen.
  - ... mehrere Zentren zur Auswahl gestellt.

- FAMILIE / FREUNDE / KOLLEGEN**

Grund für Empfehlung: \_\_\_\_\_

- INTERNET** - Ich habe das Kinderwunschzentrum bzw. die Homepage...
- ... über Google gefunden.
  - ... über Facebook und/oder YouTube gefunden.

- SONSTIGER ARZT / KRANKENHAUS** - Name: \_\_\_\_\_

### Was ist Ihnen bei der Auswahl eines Kinderwunschzentrums besonders wichtig?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kompetenz & Erfahrung | <input type="checkbox"/> Wartezeiten    | <input type="checkbox"/> Informationsmaterial            |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsvielfalt   | <input type="checkbox"/> Zusatzangebote | <input type="checkbox"/> Öffnungszeiten / Erreichbarkeit |

### Datenschutzerklärung & Unterschrift

Dieses Dokument ist nur **in Verbindung mit der unterschriebenen Einverständniserklärung** zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gültig. Ohne die unterschriebene Einverständniserklärung ist die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten nicht möglich.

.....

Datum

.....

Unterschrift Empfängerin  
(handschriftlich)

.....

Unterschrift Partnerin  
(handschriftlich)