



STAMMDATEN

Bitte dieses Formular **vollständig** und in **GROSSBUCHSTABEN** ausfüllen!

Frau

Akadem. Titel

Vorname

Familienname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Sozialversicherungs-Nr.
(10-stellig) _ _ _ _ _

Versicherungsanstalt

Zusatzversicherung

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 einer betroffenen Kinderwunschpatientin interessieren. Wir achten sehr genau darauf, dass sich Patientinnen, die sich dafür zur Verfügung stellen, wohl fühlen und der Kontakt mit den Medienvertretern nach Ihren Wünschen abläuft.

- Ich wäre bereit, als Betroffene für ein Interview im TV, **persönlich und öffentlich** über meinen Kinderwunsch und die Behandlung zu sprechen.
- Ich wäre bereit, **anonym** über meinen Kinderwunsch und die Behandlung zu sprechen.
- Nein, das kommt für mich 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
(handschriftlich)