Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Datum

Fax 04319741389

fertilitycenter
schleswig-holstein

Standort Kiel
Prüner Gang 15
24103 Kiel

Standort Flensburg
Bahnhofstr. 23c
24937 Flensburg

Standort Neumünster
Kuhberg 1
24534 Neumünster

www.fertilitycenter.de

Anmeldebogen

Zuweiser: _____

Befund: _____

_____

_____

Auftrag: _____

_____

_____

Relevante Vorerkrankungen oder Voroperationen:

_____

_____

Gewünschter Termin im Standort: ◯ Kiel ◯ Flensburg ◯ Neumünster

Bitte geben Sie den Termin... ◯ direkt an Patient:in, Telefon: _____

und/oder

◯ an Zuweiser-Praxis.

Hinweis zum Erstgespräch

Alle Patient:innen sollen zum Termin den ausgefüllten **Erstgesprächs-fragebogen** mitbringen.

Diesen gibt es online:
www.fertiliycenter.de/downloads

Praxis-Stempel

FC1004 01_24