

Fax 0431 9741389



fertilitycenter
schleswig-holstein

Standort Kiel

Prüner Gang 15 | 24103 Kiel

Standort Flensburg

Bahnhofstr. 23c | 24937 Flensburg

Standort Neumünster

Kuhberg 1 | 24534 Neumünster

Standort Rendsburg

Königinstr. 1 | 24768 Rendsburg

www.fertilitycenter.de

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

Anmeldebogen

Zuweiser: _____

Befund: _____

Auftrag: _____

Relevante Vorerkrankungen oder Voroperationen:

Gewünschter Termin im Standort: Kiel Flensburg Neumünster Rendsburg

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 **Erstgesprächsfragebogen** mitbringen.

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



Praxis-Stempel