



ZENTRUM FÜR GYNÄKOLOGIE

PD Dr. med. Philipp Wagner

Sehr geehrte Patientin,

Möchten Sie Patientin bei uns am **Standort Feuerbach** werden, bitten wir Sie den folgenden Bogen auszufüllen und an feuerbach@fazentrum.de senden. Wenn wir Sie aufnehmen können, melden wir uns in der Regel innerhalb von 2 Arbeitstagen bei Ihnen. Vielen Dank, Ihr Team des Zentrums für Gynäkologie

Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum
Adresse		
Telefon		E-Mail-Adresse
Bisheriger Frauenarzt/ Frauenärztin		
Warum möchten Sie zu uns wechseln		
Letzte gynäkologische Vorsorge (<i>Datum, Ergebnis PAP- und ggfs HPV-Test</i>)		
Welche Sprachen sprechen Sie? <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> andere:		

Terminwunsch bei welcher Ärztin/ welchem Arzt

egal bestimmte Ärztin/ Arzt: _____

Grund des Terminwunschs

Krebsvorsorge/ Kontrolle anderer: _____

Versicherung

Gesetzlich Privat Selbstzahler

Wir möchten uns genügend Zeit für Sie nehmen! Deshalb bitten wir Sie, anzugeben, ob Sie weitere Untersuchungen wünschen (*Unkosten bei gesetzlich versicherten Patientinnen in Klammern*)

Vaginalultraschall (*iGeL 45€*) ja nein

Brustultraschall (*iGeL 70€*) ja nein

Andere: _____

Wir möchten darauf hinweisen, einen Termin, den Sie **nicht** wahrnehmen können, mindestens 24h per Telefon, Nachricht auf Anrufbeantworter, E-Mail oder Doctolib **vorher** abzusagen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir bei unentschuldigtem Fehlen eine Terminausfallsgebühr erheben. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Erhebung einer Terminausfallsgebühr bei unentschuldigtem Fehlen an. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir Sie bei nicht unterschriebenem Bogen leider nicht als Neupatientin aufnehmen können.

Datum

Unterschrift