



## STAMMDATEN

Bitte füllen Sie dieses Formular leserlich aus und geben Sie Ihre Daten vollständig an!

### Frau

**Akadem. Titel** .....

**Vorname** .....

**Familiename** .....

**Geburtsname** .....

**Geburtsdatum** .....

**Geburtsort** .....

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

**Krankenversicherung** .....

**Familienstand**       verheiratet     in Lebensgemeinschaft     ledig

**Staatsbürgerschaft** .....

**Straße/Nr./Stiege/Tür** .....

**PLZ und Wohnort** .....

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

**Telefon** .....

**E-Mail Adresse** .....

**Frauenarzt**  
(Name + PLZ, Ort) .....

**Beruf** .....





## Mediale Präsenz

Wir bekommen regelmäßig Anfragen von Medienvertretern, die sich für die Thematik der Kinderwunschbehandlung und die Situation einer betroffenen Patientin interessieren. Uns ist besonders wichtig, dass sich unsere Patientinnen dabei wohl fühlen und wir achten sehr genau darauf, dass der Kontakt zwischen Ihnen und den Medienvertretern nach Ihren Wünschen abläuft.

- Ich wäre bereit, als Betroffene für ein Interview im TV, **persönlich und öffentlich** über meinen Kinderwunsch bzw. über die Behandlung zu sprechen.
- Ich wäre bereit, **ausschließlich anonym** über meinen Kinderwunsch bzw. über die Behandlung zu sprechen.
- Nein, das kommt für mich nicht in Frage!

## Wie sind Sie auf das Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?

Direkte Zuweisung / konkrete Empfehlung durch:

- Gynäkologe
- sonstiger Arzt bzw. Krankenhaus und zwar: .....
- Kooperationspartner (z.B. Goldenes Kreuz) und zwar: .....
- Familie / Freunde / Kollegen
- Forum / Selbsthilfegruppen und zwar: .....

Besuch auf unserer Homepage - gefunden durch:

- Google-Suche
- Facebook-Fanseite
- Youtube-Kanal
- Link auf anderer Homepage: .....

Medialer Auftritt des Kinderwunschzentrums (TV, Zeitung oder Online):

- TV-Bericht / Sendung Welcher Sender? .....
- Zeitungsartikel Welche Zeitung? .....
- Online-Artikel Wo? .....

Warum haben Sie sich bei der Auswahl eines Kinderwunschzentrums für uns entschieden?

- sehr gute Bewertungen
- Besuch Infoabend
- spezielle Behandlungsmethoden
- informative Homepage
- erfolglose Vorversuche
- Sonstiges: .....

## Datenschutzerklärung & Unterschrift

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass meine Daten elektronisch erfasst werden und stimme den folgenden Punkten zu (**Nicht Zutreffendes bitte streichen!**):

- Behandlungsrelevante Daten können per E-Mail an mich versendet werden.
- Mein Frauenarzt erhält Informationen zu meiner Behandlung.
- Ich bekomme telefonische Auskunft zu meiner Behandlung.

.....

Datum

.....

Unterschrift Frau  
(handschriftlich)