

## **Endokrinologie bei Transsexualität (F64.0):**

### **Praxis:**

ggf. Arzt/Ärztin/en:

Adresse:

**Straße:**

**Plz/Ort**

**Telefon:**

Fax:

**E-Mail:**

Webseite:

**Ansprechpartner:**

**Art der Kontaktaufnahme:** ( feste Sprechzeiten bitte angeben)

*Auswahl:* Email / Telefon / persönliche Vorsprache

**Versorgungsart:**

*Auswahl:* Regelmäßige Laboruntersuchungen / Individuell / feste Methodik

**Für:** *Auswahl:* FzM / MzF / beides

**Wartezeit bis zum Vorgespräch:**

**Wartezeit bis Therapiebeginn:**

**Abrechnung: (Bitte Ankreuzen was Möglich ist)**

- Gesetzlich Versicherte
- Privat Versicherte
- Selbstzahler

Besonderes:

***Fettgedrucktes bitte ausfüllen, bei Auswahl unzutreffendes bitte streichen.***