

Arzt – Datenbogen

Name des Arztes:

Name der Klinik:

Anschrift der Klinik:

Ansprechpartner:

Art der Kontaktaufnahme: (bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- **telefonisch:** bitte zudem Rufnummer angeben:.....
- via **e-mail:** bitte zudem e-mail-Adresse angeben:.....
- per **Fax:** bitte zudem Fax-Nummer angeben:.....
- über **Patientenmanagement/ Sekretariat**
- per **Brief-Post**

Welche Genital-angleichende Op wird angeboten, und für wen? (bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- **FzM**
- **MzF**

Vorgespräch: (bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- **persönlich**
- per **e-mail**
- via **Skype:** (bitte zudem Skype-Name angeben:.....)

Welche Op-Methoden werden angeboten? (z.B.: Chonburi-Flap (MzF), Radialislappen (FzM),etc...):

- Bitte nachfolgend alle bei Ihnen angebotenen Methoden aufzählen!:

Welche Implantatmodelle werden angeboten?: (bitte alle aufzählen!)

Wie lang sind die Wartezeiten aktuell (in Monaten)?:

- zum Vorgespräch:.....
- Zum 1. Op-Termin:.....

Welche Art der Abrechnung ist möglich? (bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- **Gesetzlich Versicherte**
- Gesetzlich Versicherte **mit Zusatz-Versicherung**
- **Privatversicherte**
- **Selbstzahler**

Einzelfallentscheidung möglich?

- **Ja** oder
- **Nein**