

**ANFORDERUNG**  
von Patientenunterlagen durch Praxis/Klinik



**Kinderwunschpraxis**  
**IVF-SAAR**  
**Saarbrücken-Kaiserslautern**

- Frauenärzte -  
Zentrum für Gynäkologische  
Endokrinologie & Fortpflanzungsmedizin

IVF-SAAR Saarbrücken-Kaiserslautern  
Standort Saarbrücken  
Europaallee 15

66113 **SAARBRÜCKEN**

....., den.....201...

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Frau</b> .....                |
| <b>Adresse</b> .....             |
| <b>IVF-SAAR ID-NR Frau</b> ..... |
| <b>Herr</b> .....                |
| <b>Adresse</b> .....             |
| <b>IVF-SAAR ID-NR Mann</b> ..... |

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Praxis/Klinik

.....

Adresse: .....

FAXNR: .....

folgende Befunde und Untersuchungsergebnisse zur Verfügung gestellt werden

.....

.....

.....  
Frau

.....  
Mann