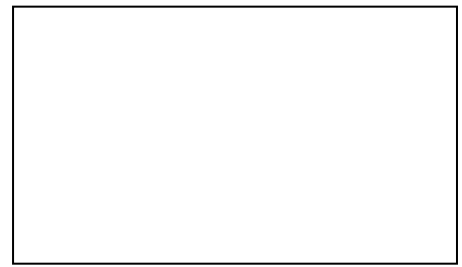


# Einverständniserklärung

Bitte per Fax an die Geschäftsstelle: 0221/94 05 05-391

**Ja, ich erkläre mich damit einverstanden,**  
dass meine Praxisdaten auf der [GenoGyn-Webseite](http://GenoGyn-Webseite)  
[www.frauenarzt-suche.de](http://www.frauenarzt-suche.de) veröffentlicht werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift



**Stempel**

Anrede / Titel: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Praxis / Gemeinschaftspraxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Praxiszugang:      barrierefrei:     ja     nein

## Tätigkeitsschwerpunkte:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur               | <input type="checkbox"/> Mädchen-Sprechstunde              |
| <input type="checkbox"/> ambulante Operationen    | <input type="checkbox"/> Mammographie                      |
| <input type="checkbox"/> Bioresonanztherapie      | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren                |
| <input type="checkbox"/> Brust-Ultraschall        | <input type="checkbox"/> Onkologie                         |
| <input type="checkbox"/> Doppler-Ultraschall      | <input type="checkbox"/> Personalisierte Medizin           |
| <input type="checkbox"/> Dysplasie-Sprechstunde   | <input type="checkbox"/> Pränataldiagnostik                |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Brust   | <input type="checkbox"/> Präventionsmedizin                |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung       | <input type="checkbox"/> Psychosomatik                     |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie              | <input type="checkbox"/> Psychotherapie                    |
| <input type="checkbox"/> Hormon-Sprechstunde      | <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde Burn-out      |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde Wechseljahre  |
| <input type="checkbox"/> Kinderwunsch-Behandlung  | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin |

## Versicherung:

- Kassenpraxis  
 Privatpraxis / Selbstzahler

## Praxislogo:

- ja\*                       nein

## Bild Praxisinhaber:

- ja\*                       nein

**\*Bitte senden Sie Ihr Logo sowie Ihr Foto an die Presseabteilung der GenoGyn.  
E-Mail: [genogyn@wahlers-pr.de](mailto:genogyn@wahlers-pr.de)**