

Name der Kinderwunschklinik oder -praxis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erfolgsrate: \_\_\_\_\_

Angebotspalette: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erfahrung des Arztes/Teams: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Finanzielle Aspekte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zusätzliche nicht medizinische Angebote: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medizinische Richtlinien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere Überlegungen oder Eindrücke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum  
des Arztbesuchs****Ihre Fragen****Antworten des Arztes**



Ziehen Sie sich zurück und finden Sie zehn Dinge, die Ihnen das Gefühl geben, geliebt zu werden. Beschreiben Sie sie konkret. Es ist in Ordnung, um diese Dinge zu bitten.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_