

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
* Pflichtfeld		
Vorname*	Nachname*	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*	SV-Nummer (10-stellig)*	
Adresse*	Nr. *	Stiege Tür
PLZ*	Ort*	
Email Adresse		
Telefonnummer*		
Errechneter Geburtstermin laut Mutter-Kind-Pass (TT.MM.JJJJ)*		
NÄCHSTER SCHRITT		

الاسم الأول
 اللقب
 تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
 رقم التأمين الاجتماعي (10 أرقام)
 العنوان
 الرقم
 السلم
 الباب
 الرمز البريدي
 المدينة
 عنوان البريد الإلكتروني
 رقم الهاتف
 موعد الولادة المحسوب وفقاً لبطاقة الأم والطفل (يوم/شهر/سنة)

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
Auf Grundlage Ihrer Informationen empfehlen wir Ihnen folgende 3 Geburtskliniken in Ihrer Nähe. Sie können diesen Vorschlag annehmen oder nach Ihren Wünschen verändern.		
	Wunschklinik 1	
	Nicht ausgewählt	
	Wunschklinik 2	
	Nicht ausgewählt	
	Wunschklinik 3	
	Nicht ausgewählt	
ZURÜCK		NÄCHSTER SCHRITT

المستشفى المرغوبة 1
 المستشفى المرغوبة 2
 المستشفى المرغوبة 3

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
Zusammenfassung		
Vorname: Magda		
Nachname: Meiner		
Geburtsdatum: 11.12.1987		
SVNR: 1612010180		
Adresse: Vorgartenstraße		
Nr: 10		
Tür:		
Stiege:		
PLZ: 1020		
Ort: Wien		
Telefonnummer: +43 342342344		
Email Adresse:		
Geburtsdatum: 10.10.2019		
Wunschklinik1: Krankenhaus Nord		
Wunschklinik2: Donaustadt		
Wunschklinik3: Wilhelmspital		
<input type="checkbox"/> Bestätigung der Datenschutzrichtlinie.		
ZURÜCK		ANMELDEN

تأكيد نهج الخصوصية.