

Anmeldung

1. Daten
2. Wunschkliniken
3. Zusammenfassung

* Pflichtfeld

Vorname* <small>Vorname</small>	Nachname* <small>Nachname</small>
Geburtsdag (TT.MM.JJJJ)* <small>TT.MM.JJJJ</small>	SV-Nummer (10-stellig)*
Adresse* <small>Adresse</small>	Nr. * Stiege Tür
PLZ* <small>1010</small>	Ort* <small>Ort</small>
Email Adresse <small>muster@mail.com</small>	
Telefonnummer* <small>+43</small>	
Errechneter Geburtstermin laut Mutter-Kind-Pass (TT.MM.JJJJ)* <small>TT.MM.JJJJ</small>	

NÄCHSTER SCHRITT

Имя
Фамилия

Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ)
Номер социального страхования (10-значный)

Адрес
Номер
Лестница
Дверь

Почтовый индекс
Нас. пункт

Эл. почта

Номер телефона

Расчетная дата родов согласно паспорту
матери и ребенка (ДД.ММ.ГГГГ)

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 <small>Nicht ausgewählt</small>	↓
Wunschklinik 2 <small>Nicht ausgewählt</small>	↓
Wunschklinik 3 <small>Nicht ausgewählt</small>	↓

ZURÜCK
NÄCHSTER SCHRITT

Клиника по выбору 1

Клиника по выбору 2

Клиника по выбору 3

Anmeldung

1. Daten
2. Wunschkliniken
3. Zusammenfassung

Zusammenfassung

Vorname: Magda
 Nachname: Müller
 Geburtsdag: 11.12.1987
 SVNR: 7612010190
 Adresse: Vorgartenstraße
 Nr: 12
 Tür:
 Stiege:
 PLZ: 1020
 Ort: Wien
 Telefonnummer: +43 942942344
 Email Adresse:
 Geburtstermin: 10.10.2019
 Wunschklinik1: Krankenhaus Nord
 Wunschklinik2: Dienststadt
 Wunschklinik3: Wilhelmspital

Bestätigung der Datenschutzrichtlinie.

ZURÜCK
ANMELDEN

Подтверждение предписаний по охране данных.