

## IHRE WILLKOMMENSMAPPE

Herzlichen Dank für Ihre Anmeldung zum Erstgespräch in der TFP Kinderwunsch Wels. Wir freuen uns, Sie auf dem Weg zu Ihrem Kinderwunsch zu begleiten.

Gerne stehen wir Ihnen mit unserem erfahrenen Team aus ÄrztInnen und EmbryologInnen zur Seite. Unser Team arbeitet nach höchsten internationalen Standards und Behandlungsmethoden und wir nehmen uns ausführlich Zeit, um die Beratung und Behandlung auf Ihre ganz persönlichen Belange abzustimmen.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um frühestmögliche Information, damit wir die Wartezeit für unsere Patienten auf ein Minimum reduzieren können. Bei Rücktritt von der Anmeldung bis 7 Tage vor dem Erstgesprächstermin ist dies kostenfrei ohne Stornogebühr möglich. Bei Rücktritt innerhalb der letzten 7 Tage vor dem Termin fallen 50 % der Gesprächsgebühr als Stornogebühr an. Bei Nichterscheinen und ohne Absage fallen 100 % der Gesprächsgebühr als Stornogebühr an.

Zur Vorbereitung Ihres Erstgesprächs übersenden wir Ihnen nachfolgend unsere Willkommensmappe mit wichtigen Informationen und Unterlagen.

Bitte füllen Sie die beiliegenden Unterlagen aus und senden uns diese spätestens **sieben Tage vor Ihrem Gespräch** per E-Mail an [wels@tfp-fertility.com](mailto:wels@tfp-fertility.com) zurück.

## ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

### BITTE SENDEN SIE UNS FOLGENDE UNTERLAGEN VOR IHREM ERSTGESPRÄCH ZU

- Neupatientenbefragung

---

- Aufnahmeinformation Neupatientenpaar

---

- Anamnesebogen (beider Partnerinnen)

---

- Einverständniserklärung zur Nutzung von E-Mail und SMS

---

- Falls vorhandenen Befunde und Behandlungsunterlagen:
  - Blutbefunde (beider Partnerinnen):
    - Aktueller Hormonstatus (nicht älter als sechs Monate): basale Hormone (zw. 3.-8. Zyklustag): FSH, LH, E2, Prog, bTSH, PRL, AMH
    - Wenn vorhanden: TEST, DHEA-S, Vit. D
  - Krebs-Abstrich (PAP-Abstrich): nicht älter als ein Jahr (nach einer Konisation, nicht älter als sechs Monate)
  - Wenn vorhanden: Chromosomenuntersuchung (Untersuchung des Bluts auf Störungen im Erbmaterial/Genetik) und/oder weitere genetische Analyseergebnisse

### BITTE BRINGEN SIE ZUDEM FOLGENDE UNTERLAGEN ZU IHREM GESPRÄCHSTERMIN MIT:

- Kopien der Lichtbildausweise

---

- Heiratsurkunde (falls vorhanden)

---

- Alle vorhandenen Operationsbefunde bzw. Befunde von Vorversuchen in anderen IVF-Kliniken

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zwischen 08:00 und 16:00 Uhr unter der Rufnummer +43 (0) 7242 22 44 66 oder per E-Mail unter [wels@tfp-fertility.com](mailto:wels@tfp-fertility.com) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in das TFP Kinderwunsch Wels und freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam

## INFORMATION UND EINWILLIGUNG ZUM DATENSCHUTZ INNERHALB DER TFP

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 1

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 2

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Wir freuen uns, dass Sie sich zu medizinischen Beratungsgesprächen/Behandlungen in der TFP Kinderwunsch Wels, welche Teil der TFP Fertility-Gruppe ist, entschieden haben.

Anlässlich der neuen Datenschutzgesetzgebung gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie informieren, dass beim Schutz Ihrer persönlichen Daten die TFP Fertility-Gruppe höchste Standards gemäß den europäischen und österreichischen Datenschutzgesetzen anlegt. Wir möchten Ihnen insofern nochmals bestätigen, dass Ihre medizinischen Daten ausschließlich für Ihre medizinische Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages verwendet werden.

Um die für die Verrechnung der medizinischen Leistungen innerhalb der TFP Fertility -Gruppe notwendigen Abläufe im Sinne der Patienten zu optimieren, sind Ihre persönlichen Daten (z.B. Name, Adresse, Anschrift, Kontaktdaten, Versicherungsnummer und -träger) sowie Ihre medizinischen Daten (z.B. Behandlungs- und Verrechnungsdaten) – soweit diese für eine zentrale Leistungsabrechnung innerhalb der TFP Fertility-Gruppe erforderlich sind – auch für qualifizierte Mitarbeiter der TFP Fertility-Gruppe an anderen Standorten in Österreich zugänglich.

Sämtliche Mitarbeiter oder Dienstleister, die wir mit der Verarbeitung Ihrer Daten in diesem Sinne beauftragen, sind entsprechend zu denselben Standards verpflichtet.

Einverständniserklärungen, die Sie im Verlauf Ihrer Behandlung bei TFP Fertility abgeben, z.B. zwecks Erhalt von behandlungsbegleitenden E-Mails oder eines Newsletters oder zwecks Teilnahme an unserer Qualitätssicherung sowie Zufriedenheitsbefragungen (elektronisch, postalisch oder telefonisch) nach Behandlung, können Sie jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat keine Auswirkung auf zuvor verarbeitete Daten oder auf Ihre Behandlung an sich. Bitte weisen Sie uns darauf hin, sofern wir Ihre Daten falsch erhoben haben, damit wir diese berichtigen können. Unrechtmäßig erhobene Daten werden wir umgehend löschen.

Sie können jederzeit Auskunft erhalten, welche Daten wir über Sie gespeichert haben. Die Dauer der Speicherung entspricht den jeweiligen Aufbewahrungspflichten. Darüber erteilen wir Ihnen gerne nähere Auskunft. Außerdem steht Ihnen das Recht zu, jederzeit bei der Datenschutzbehörde Beschwerde einzureichen. Weitergehende Informationen zum Datenschutz und den aktuellen Standorten der TFP Fertility-Gruppe können Sie unserer Website unter <https://tfp-fertility.com/de-at/datenschutz/> entnehmen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen haben und mit der dargestellten Verarbeitung Ihrer Daten zur ordnungsgemäßen Abwicklung des Behandlungsvertrages einverstanden sind.

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 1**

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 2**

## NEUPATIENTENBEFRAGUNG

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 1

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 2

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Wir freuen uns, Sie recht bald im TFP Kinderwunsch Wels begrüßen zu dürfen. Um unseren Service stetig verbessern zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Selbstverständlich werden Ihre Daten im Rahmen der medizinischen Behandlung vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie jeweils für den die behandelnden gynäkologen an, ob er oder sie

	GYNÄKOLOGE	ANDERE
uns empfohlen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches andere Zentrum wurde empfohlen?		
uns nicht empfohlen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Kinderwunschzentrum empfohlen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN

- Durch zuweisenden Gynäkologen
- Durch anderen einen Arzt (Name, Ort, Facharzt):
- 

Über unsere Homepage

---

Durch ehemalige Patienten

---

Durch Empfehlung Dritter

---

Medienberichte

---

Internetforen

---

Facebook / YouTube

---

Visitenkarten oder sonstiges Material in anderen Arztpraxen

---

Sonstiges:

---

## AUFNAHMEINFORMATION NEUPATIENTENPAAR

Ihr Erstgespräch am:

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 1

Titel u. Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

### ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNERIN 1

Straße u. Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Land:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

Skypename:

### VERSICHERUNG & BEHANDELNDE ÄRZTE PARTNERIN 1

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

Versicherungsnummer:

Gynäkologe (Name u. Anschrift):

Hausarzt (Name u. Anschrift):

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 2

Titel u. Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

### ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNERIN 2

Straße u. Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Land:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

Skypename:

### VERSICHERUNG & BEHANDELNDE ÄRZTE PARTNERIN 2

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

Versicherungsnummer:

Gynäkologe (Name u. Anschrift):

Hausarzt (Name u. Anschrift):

### PARTNERSCHAFTLICHE INFORMATIONEN

Wir erklären hiermit, dass wir miteinander verheiratet sind.

Wir leben in einer auf Dauer angelegten Partnerschaft.

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 1

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 2

## ANAMNESE PARTNERIN 1

### PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Patienten-ID:

### ERKRANKUNGEN

**Grunderkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Nervenerkrankung, Andere):

**Operationen** (Art z.B. Gebärmutter, Eierstöcke, Muttermund und Jahr der Operation):

**Eileiter auf Durchgängigkeit getestet** (wenn ja, wann und wie?):

**Endometriose bekannt** (in der Familie oder bei Ihnen):

ja  nein

**Thrombosen, Schlaganfälle, Herzinfarkt** (in der Familie oder bei Ihnen):

**Genetische Erkrankungen** (in der Familie oder bei Ihnen, z.B. Fehlbildungen, geistige Beeinträchtigung, Muskelschwäche):

**Chromosomenuntersuchung:**

ja  nein

### MEDIKAMENTE

**Regelmäßige Medikamente**

(Präparat und Dosierung, z.B. Femibion 1 / Tag):

**Medikamentenallergie** (falls ja, welche Medikamente?):

**Weitere Allergien:**

### KINDERWUNSCH

**Kinderwunsch besteht seit:**

**Kinder bzw. gezeugte Schwangerschaften** (z.B. 2010, Geburt gesunder Junge oder 2011 Fehlgeburt u. Art der Geburt z.B. Kaiserschnitt oder Vaginalgeburt):

In aktueller Partnerschaft  In anderer Partnerschaft

**Bereits erfolgte Kinderwunschbehandlung** (z.B. Stimulation beim Frauenarzt, 2009 2x IVF):

### ZYKLUS

Erste Regelblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Zykluslänge (z.B. 26 – 28 Tage):

Blutungsdauer (z.B. 4 – 5 Tage):

Blutungsstärke (z.B. leicht, mittel, stark, sehr stark):

Menstruationsschmerzen:  ja  nein

Letzte Periode (erster Tag):

### SONSTIGE ANGABEN

Rauchen  ja  nein

Alkohol  ja  nein

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 1**

## ANAMNESE PARTNERIN 2

### PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Patienten-ID:

### ERKRANKUNGEN

**Grunderkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Nervenerkrankung, Andere):

**Operationen** (Art z.B. Gebärmutter, Eierstöcke, Muttermund und Jahr der Operation):

**Eileiter auf Durchgängigkeit getestet** (wenn ja, wann und wie?):

**Endometriose bekannt** (in der Familie oder bei Ihnen):

ja  nein

**Thrombosen, Schlaganfälle, Herzinfarkt** (in der Familie oder bei Ihnen):

**Genetische Erkrankungen** (in der Familie oder bei Ihnen, z.B. Fehlbildungen, geistige Beeinträchtigung, Muskelschwäche):

**Chromosomenuntersuchung:**

ja  nein

### MEDIKAMENTE

**Regelmäßige Medikamente**

(Präparat und Dosierung, z.B. Femibion 1 / Tag):

**Medikamentenallergie** (falls ja, welche Medikamente?):

**Weitere Allergien:**

### KINDERWUNSCH

**Kinderwunsch besteht seit:**

**Kinder bzw. gezeugte Schwangerschaften** (z.B. 2010, Geburt gesunder Junge oder 2011 Fehlgeburt u. Art der Geburt z.B. Kaiserschnitt oder Vaginalgeburt):

In aktueller Partnerschaft  In anderer Partnerschaft

**Bereits erfolgte Kinderwunschbehandlung** (z.B. Stimulation beim Frauenarzt, 2009 2x IVF):

### ZYKLUS

Erste Regelblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Zykluslänge (z.B. 26 – 28 Tage):

Blutungsdauer (z.B. 4 – 5 Tage):

Blutungsstärke (z.B. leicht, mittel, stark, sehr stark):

Menstruationsschmerzen:  ja  nein

Letzte Periode (erster Tag):

### SONSTIGE ANGABEN

Rauchen  ja  nein

Alkohol  ja  nein

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

### DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 2

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER E-MAIL-ADRESSE UND MOBILTELEFON-NUMMER

Als TFP Kinderwunschlinik legen wir Wert auf einen hervorragenden Patientenservice. Wichtiger Bestandteil dieses Service ist, einfach und kurzfristig mit Ihnen in Kontakt treten zu können. Daher bitten wir Sie nachfolgend um eine Reihe von Einwilligungen.

Wir sind aufgrund der Gesetzeslage dazu verpflichtet, Ihre Einwilligung zu diesen unterschiedlichen Service- und Kommunikationsangeboten einzeln einzuholen.

Herzlichen Dank!

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 1

Name:

Vorname:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

### HIERMIT STIMME ICH ZU,

- dass mich die TFP Kinderwunschlinik über meine angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mir die TFP Kinderwunschlinik die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an meine angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich die TFP Kinderwunschlinik oder die TFP -Gruppe möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über meine angegebene E-Mail kontaktiert.
- Dass mir die TFP Kinderwunschlinik oder die TFP -Gruppe einen monatlichen Newsletter per E-Mail zusendet. Der Newsletter enthält Berichte über interessante Entwicklungen aus der Kinderwunschmedizin und aus den TFP Kinderwunschzentren.

Sie können diese Einverständniserklärungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen. Senden Sie einfach eine entsprechende Nachricht per E-Mail an [wels@tfp-fertility.com](mailto:wels@tfp-fertility.com).

Ihre persönlichen Daten werden von uns selbstverständlich, den Auflagen des Datenschutzgesetzes entsprechend, vertraulich behandelt.

### DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 1



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER E-MAIL-ADRESSE UND MOBILTELEFON-NUMMER

Als TFP Kinderwunschlinik legen wir Wert auf einen hervorragenden Patientenservice. Wichtiger Bestandteil dieses Service ist, einfach und kurzfristig mit Ihnen in Kontakt treten zu können. Daher bitten wir Sie nachfolgend um eine Reihe von Einwilligungen.

Wir sind aufgrund der Gesetzeslage dazu verpflichtet, Ihre Einwilligung zu diesen unterschiedlichen Service- und Kommunikationsangeboten einzeln einzuholen.

Herzlichen Dank!

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 2

Name:

Vorname:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

### HIERMIT STIMME ICH ZU,

- dass mich die TFP Kinderwunschlinik über meine angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mir die TFP Kinderwunschlinik die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an meine angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich die TFP Kinderwunschlinik oder die TFP-Gruppe möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über meine angegebene E-Mail kontaktiert.
- Dass mir die TFP Kinderwunschlinik oder TFP-Gruppe einen monatlichen Newsletter per E-Mail zusendet. Der Newsletter enthält Berichte über interessante Entwicklungen aus der Kinderwunschmedizin und aus den TFP Kinderwunschzentren.

Sie können diese Einverständniserklärungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen. Senden Sie einfach eine entsprechende Nachricht per E-Mail an [wels@tfp-fertility.com](mailto:wels@tfp-fertility.com).

Ihre persönlichen Daten werden von uns selbstverständlich, den Auflagen des Datenschutzgesetzes entsprechend, vertraulich behandelt.

### DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 2

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT DRITTEN

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 1

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

### ANFORDERUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAKTEN

Wir willigen hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei folgenden weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt.

#### GYNÄKOLOGE

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

#### HAUSARZT

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

### INFORMATIONSWETERGABE AN DRITTE (z.B. ANGEHÖRIGE, DOLMETSCHER)

Wir sind damit einverstanden, dass unsere behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Personen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

#### PERSON 1

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

#### PERSON 2

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Bei nicht korrekt erhobenen Daten habe ich das Recht, dass diese nach Information der Praxis korrigiert bzw. gelöscht werden. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Außerdem steht mir jederzeit das Recht zu, bei der Landesdatenschutzbehörde Beschwerde einzureichen.

### DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 1

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT DRITTEN

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNERIN 2

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

### ANFORDERUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAKTEN

Wir willigen hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei folgenden weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt.

### GYNÄKOLOGE

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

### HAUSARZT

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

### INFORMATIONSWEITERGABE AN DRITTE (z.B. ANGEHÖRIGE, DOLMETSCHER)

Wir sind damit einverstanden, dass unsere behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Personen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

### PERSON 1

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

### PERSON 2

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

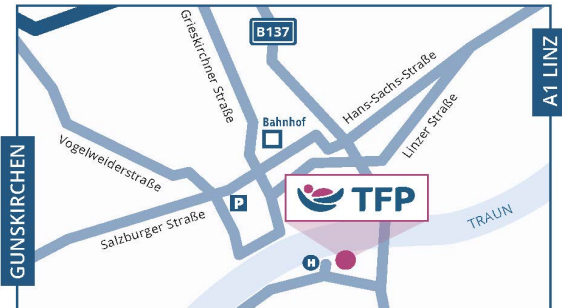
Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Bei nicht korrekt erhobenen Daten habe ich das Recht, dass diese nach Information der Praxis korrigiert bzw. gelöscht werden. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Außerdem steht mir jederzeit das Recht zu, bei der Landesdatenschutzbehörde Beschwerde einzureichen.

### DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNERIN 2

## ANFAHRTSBESCHREIBUNG – SO KOMMEN SIE GANZ BEQUEM ZU UNS!



Sollten Sie mit dem Auto anreisen, stehen Ihnen öffentliche Parkplätze zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung. Diese befinden sich direkt vor unserem Praxiseingang. Bitte legen Sie eine Parkuhr in das Auto.

Bei der Verwendung eines Navigationsgerätes oder eines Routenplaners geben Sie entsprechend bitte immer „Traunufer Arkade 1, 4609 Thalheim bei Wels“ als Zielort ein.

### VON WIEN BZW. LINZ AUS

- Sie fahren auf der **Autobahn A1 Richtung Salzburg**
- Sie biegen nach dem Knoten Haid **Richtung PASSAU** auf die A25 ab
- Sie fahren bei der Autobahn-Abfahrt **WELS OST** ab und fahren auf der Bundesstraße gerade aus Richtung Wels
- Sie erreichen nach ca. 6 km eine große Kreuzung (McDonalds) und biegen bei dieser **links Richtung Kirchdorf** ab
- bei der **dritten** geregelten Kreuzung fahren Sie rechts Richtung Thalheim (Schild "KinderWunschKlinik")
- Sie fahren gerade durch Thalheim weiter
- nach der BP-Tankstelle sehen Sie rechts die **TRAUNUFERARKADE**. In diesem Gebäude befindet sich die Klinik.

### VON GRAZ BZW. SALZBURG AUS

- Sie fahren auf der **Autobahn A1 Richtung Linz**
- Sie fahren beim **Knoten Voralpenkreuz/Sattledt** ab und fahren auf der Bundesstraße **Richtung Wels/Thalheim**
- nach ca. 10 Kilometern biegen Sie bei der **2. Kreuzung links ab Richtung Thalheim** (Schild "KinderwunschKlinik")
- Sie fahren gerade durch Thalheim weiter
- nach der BP-Tankstelle sehen Sie rechts die **TRAUNUFERARKADE**. In diesem Gebäude befindet sich die Klinik.