

# Anamnesebogen

(gesundheitliche Vorgeschichte)

KINDERWUNSCH BODENSEE

Praxis Dr. med. Andreas Heine

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus und senden ihn noch vor dem Erstgespräch an die nebenstehende Adresse zurück.

Hegau-Tower  
Maggistraße 5  
78224 Singen

**WICHTIG:** Bitte Personalausweis, Impfausweis und falls vorhanden, Blutgruppen-Nachweis mitbringen.

Tel 07731 – 912 999 -0  
Fax 07731 – 912 999 -99

info@endlichnachwuchs.de  
www.endlichnachwuchs.de

## Angaben der Frau:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Frauenarzt / Internet / Zeitung / Freunde / _____
Name, Vorname, Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Größe und Gewicht:	_____ m / _____ kg
Seit wann besteht Kinderwunsch:	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten	/ /
Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie verheiratet?	Nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Ist Ihr Zyklus regelmäßig (alle 26 bis 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sondern: alle ____ Monate Ohne Medikamente nie: _____
Besonderheiten zur Blutung:	sehr lang <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft <input type="checkbox"/>
Ihre letzte Periode war am:	/ Zykluslänge: ____ Tage
Haben Sie verhütet:	Mit Pille: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mit Spirale: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca. ____ Mal / Woche ca. ____ Mal / Monat
Rauchen Sie:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel:
Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann:
Mit welcher Methode:	Ultraschall <input type="checkbox"/> Röntgenkontrastmittel <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung <input type="checkbox"/>
Ergebnis:	Linker Eileiter: Durchgängig <input type="checkbox"/> Verschluss <input type="checkbox"/> Rechter Eileiter: Durchgängig <input type="checkbox"/> Verschluss <input type="checkbox"/>
Bekannte Erbkrankheiten:	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung

	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystem <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Bestand Kontakt mit HIV oder Hepatitis:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , in:
Bisherige Operationen:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Haben Sie Allergien:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , gegen welches:
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , bei wem und was:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt: Stimulation mit Tabletten (Clomifen): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Stimulation mit Spritzen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Insemination: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> IVF-Behandlungen (Punktion): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ICSI-Behandlungen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kryotransfer: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche: <input type="checkbox"/> Überstimulation der Eierstöcke <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Andere: _____
Zeitpunkt letzte Krebsvorsorge:	
Befundbericht an Ihren Frauenarzt erwünscht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift Gynäkologe:	

### Angaben des Partners (Mann):

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Größe und Gewicht:	_____ m / _____ kg
Haben Sie bereits Kinder:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, aus dieser Beziehung: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel:
Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> Normaler Befund <input type="checkbox"/> Auffälliger Befund
Leiden sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Sonstige Erkrankungen oder Operationen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wann:
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche Therapie wurde durchgeführt: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Operationen
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wann:
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , Sind Sie operiert worden? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wann:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , bei wem und was:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt:
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Bestand Kontakt mit HIV oder Hepatitis?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , in:

# Anmeldeformular Frau

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:  verheiratet /  eingetragene Partnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in): \_\_\_\_\_

ledig  geschieden  verwitwet

Krankenversicherung:  gesetzlich versichert

Privat krankenversichert in **Deutschland** (Name Kasse): \_\_\_\_\_

Privat krankenversichert im **Ausland**

Privat und Beihilfeberechtigung

Post B  KVB I – III

freiwillig versichert bei gesetzlicher Krankenversicherung (Name Kasse): \_\_\_\_\_

## Erklärung der Privatpatientin:

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

1 Freiwillige Angabe

## Anmeldeformular Partner

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:  verheiratet /  eingetragene Partnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in): \_\_\_\_\_

ledig  geschieden  verwitwet

Krankenversicherung:  gesetzlich versichert

Privat krankenversichert in **Deutschland** (Name Kasse): \_\_\_\_\_

Privat krankenversichert im **Ausland**

Privat und Beihilfeberechtigung

Post B  KVB I – III

freiwillig versichert bei gesetzlicher Krankenversicherung (Name Kasse): \_\_\_\_\_

### Erklärung des Privatpatienten:

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Partner

\_\_\_\_\_  
2 Freiwillige Angabe

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

hiermit informieren wir Sie nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in unserer Praxis Kinderwunsch Bodensee.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Praxisname: Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine

Adresse: Maggistraße 5, 78224 Singen

Kontaktdaten: [info@endlichnachwuchs.de](mailto:info@endlichnachwuchs.de); Tel.: 07731 – 912 999-0, Fax: 07731 – 912 999-99

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Wir erheben und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können und Sie im Rahmen Ihrer Behandlung beraten, behandeln und betreuen zu können. Hierzu müssen wir eine Patientenakte anlegen, in der Ihre personenbezogenen Daten (Daten zu Ihrer Identität, Adress- und Kontaktdaten sowie Gesundheits- und Behandlungsdaten, Behandlungsvertragsdaten [z.B. Bankverbindung] und Sozialdaten [z.B. Familienstand, Anzahl Kinder]) verarbeitet und gespeichert werden. Dies erfolgt aufgrund gesetzlicher Regelungen und ist eine Grundvoraussetzung für die Sicherstellung der Behandlungsqualität und die Erfüllung des Behandlungsvertrags zwischen Ihnen und den Ärzten dieser Praxis und der Erfüllung unserer damit verbundenen Pflichten.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Behandlungsvorschläge, -pläne und -protokolle, die Dokumentation aller Behandlungsmaßnahmen und –verläufe, Aufklärungen und Einwilligungen sowie die Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und / oder Personen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Weiterhin dient die Datenverarbeitung auch der lückenlosen Rückverfolgbarkeit der Patienten- und Gewebeidentität während aller Be- und Verarbeitungsschritte im reproduktionsbiologischen Labor. Hierzu benötigen wir eine Ausweiskopie.

Personenbezogene Daten verarbeiten wir auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen und der Abwicklung des Zahlungsverkehrs inklusive Forderungsbeitreibung, falls dies notwendig sein sollte.

### **3. Empfänger Ihrer persönlichen Daten**

Innerhalb unserer Praxis erhalten diejenigen Personen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen, vorvertraglichen oder gesetzlichen Pflichten brauchen, oder dies dürfen, gestützt auf Ihre Einwilligung oder unser berechtigtes Interesse. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen bzw., falls eine Einwilligung notwendig sein sollte, in dem von Ihnen bewilligten Umfang.

Im Rahmen der Behandlung kommt es häufig vor, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (z.B. Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Diagnose und Behandlung benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Weitere Empfänger können die privatärztliche Verrechnungsstelle, Banken bei Privatliquidation oder Vertreter rechts- und wirtschaftsberatender Berufe sein.

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben, wie z.B. aus dem Samenspenderegistergesetz (SaRegG). Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen, zur Weiterbehandlung durch Ihren Facharzt sowie zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten - mit Ihrer Einwilligung - an weitere berechnigte Empfänger.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Die über Sie geführte Patientenakte ist von uns aufgrund der gesetzlichen Vorschriften in § 630f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach dem letzten

Behandlungskontakt aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren nach Übertragung des Gewebes, zum Beispiel

- für die Spenderakte gem. § 15 Transplantationsgesetzes (TPG) und § 5 der Transplantationsgesetz-Gewerbeverordnung (TPG-GewV)
- für die Dokumentation übertragener Gewebe gem. § 13a TPG und § 7 TPG-GewV
- für die Dokumentation über die Gewebegewinnung, Laboruntersuchung, Be- und Verarbeitung, Prüfung, Freigabe, Lagerung, die Einfuhr oder Ausfuhr gem. § 41 Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)
- zur Rückverfolgbarkeit des Gewebes gem. § 1a Nr. 11, §§ 13a, c TPG
- sowie eine Aufbewahrungsfrist von 110 Jahren für Samenspenderbehandlungen vor dem 01.07.2019 gem. § 13 Abs. 4 SaRegG.

Ihre uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden durch umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen oder uns diese direkt in der Praxis persönlich zur Verfügung zu stellen.

#### **5. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in unserer Praxis**

- für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten sind Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- für die Übermittlung personenbezogener Daten an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiterbehandlung und Dokumentation der Behandlung.
  - Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 aff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke: Abrechnung der ärztlichen Leistungen, Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse
- für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- für die Übermittlung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung).
- für die Notwendigkeit einer Ausweiskopie ist Artikel 6 Absatz 1 lit. f. DSGVO.
- Rechtsgrundlage für Ihre Einwilligung ist Artikel 6 Absatz 1 lit. a. DSGVO.
- Es können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

#### **5. Ihre Rechte**

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO), unrichtige Daten berichtigen zu lassen (Art. 16 DSGVO), unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 17 und 18 DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen (Art. 21 DSGVO), Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen (Art. 20 DSGVO). Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Sie haben weiterhin das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam vom Kinderwunsch Bodensee

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

### Patientin

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Liebe Patientin,

**damit wir Sie gemeinsam mit Ihrem Partner im Kinderwunsch Bodensee behandeln können**, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrem Partner die Behandlung besprechen sowie Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen, Termine und sonstige Informationen mitteilen können. Dazu ist es **unbedingt erforderlich**, dass Sie sich gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden, ebenso Ihren Gynäkologen, damit wir unbedingt notwendige Informationen und Behandlungsdaten mit Ihrem Gynäkologen austauschen können, insbesondere Untersuchungsbefunde und Entbindungsbericht.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Partner

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

sowie gegenüber meiner Gynäkologin / meinem Gynäkologen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

X

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

Weiterhin bestätige ich, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz auf der Webseite zum Download zur Verfügung gestellt wurde und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte.

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Bodensee meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mir Informationen, Korrespondenz, Befunde ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.

Weiterhin stimme ich der Nutzung meiner Daten zu folgenden Zwecken zu:

- Kontaktaufnahme per E-Mail, SMS z.B. für kurzfristige Terminerinnerungen und -absprachen, wichtige / dringende Informationen zur Behandlung.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin



## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

### Patient / Partner

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Lieber Patient,

**damit wir Sie gemeinsam mit Ihrer Partnerin im Kinderwunsch Bodensee behandeln können**, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrer Partnerin die Behandlung besprechen sowie Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen, Termine und sonstige Informationen mitteilen können. Dazu ist es **unbedingt erforderlich**, dass Sie sich gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Partnerin

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Partner

Weiterhin bestätige ich, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz auf der Webseite zum Download zur Verfügung gestellt wurde und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte.

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Bodensee meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mir Informationen, Korrespondenz, Befunde ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.

Weiterhin stimme ich der Nutzung meiner Daten zu folgenden Zwecken zu:

- Kontaktaufnahme per E-Mail, SMS z.B. für kurzfristige Terminerinnerungen und -absprachen, wichtige / dringende Informationen zur Behandlung.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Patientin

Liebe Patientin,

im Laufe Ihrer Behandlung kann es sich ergeben, dass wir mit weiteren Ärzten oder Institutionen in Kontakt treten müssen, um Ihre Behandlung weiter planen, bzw. fortführen zu können. Hierfür benötigen wir eine Schweigepflichtsentbindung.

Hiermit entbinde Ich, Frau

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum

die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem:

- Frauenarzt \_\_\_\_\_
- Krankenkasse \_\_\_\_\_
- Versicherung \_\_\_\_\_
- Hausarzt Dr. med. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen (z.B. Untersuchungsbefunde, ärztliche Aufzeichnungen) an o.g. Stelle(n) weitergeleitet werden zum Zwecke

- der Zusendung von Untersuchungsbefunden
- meiner Weiterbehandlung
- Kenntnisnahme / Bearbeitung

Im Falle einer Weiterbehandlung erkläre ich mich des Weiteren damit einverstanden, dass dem o.g. weiterbehandelnden Arzt auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Frau

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Patient / Partner

Liebe Patient,

im Laufe Ihrer Behandlung kann es sich ergeben, dass wir mit weiteren Ärzten oder Institutionen in Kontakt treten müssen, um Ihre gemeinsame Behandlung weiter planen, bzw. fortführen zu können. Hierfür benötigen wir eine Schweigepflichtsentbindung.

Hiermit entbinde Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem:

Hiermit entbinde ich,

die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem:

- Krankenkasse \_\_\_\_\_
- Versicherung \_\_\_\_\_
- Hausarzt Dr. med. \_\_\_\_\_
- Urologe / Androloge Dr. med. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen (z.B. Untersuchungsbefunde, ärztliche Aufzeichnungen) an o.g. Stelle(n) weitergeleitet werden zum Zwecke

- meiner Weiterbehandlung
- Kenntnisnahme / Bearbeitung
- \_\_\_\_\_

Im Falle einer Weiterbehandlung erkläre ich mich des Weiteren damit einverstanden, dass dem o.g. weiterbehandelnden Arzt auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient