

Anamnesebogen

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Hegau-Tower
Maggistraße 5
78224 Singen

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

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

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

info@endlichnachwuchs.de
www.endlichnachwuchs.de

Angaben der Frau:

| | |
|--|--|
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Frauenarzt / Internet / Zeitung / Freunde / _____ |
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Größe und Gewicht: | _____ m / _____ kg |
| Seit wann 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 Mannes:

| | |
|---|---|
| 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"/> |

Anmeldeformular Frau

| | | |
|-------------------------|-------------|-------|
| Name: | _____ | |
| Vorname: | _____ | |
| Geburtsdatum: | _____ | |
| Straße: | _____ | |
| PLZ / Wohnort: | _____ | |
| 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 Frau

Anmeldeformular Mann

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ / Wohnort: _____
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 Mann

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Frau

Hiermit entbinde Ich,

| | |
|------------|--|
| Frau | |
| geb. am | |
| wohnhaf in | |
| | |

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

- PartnerIn Herrn/Frau _____
- Krankenkasse _____
- Versicherung _____
- Hausarzt Dr. med. _____
- Gynäkologin / Gynäkologe 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 Frau

Schweigepflichtsentbindung Mann

Hiermit entbinde ich,

| | |
|-------------|--|
| Herr | |
| geb. am | |
| wohnhaft in | |
| | |

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

- Partnerin Frau _____
- 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 Mann

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
Kontakt Daten: info@endlichnachwuchs.de; Tel.: 07731 – 912 999-0, Fax: 07731 – 912 999-99

Datenschutzbeauftragter:

Name: Matthias Herkert - reichert & reichert - steuern · recht · consulting
Adresse: Zeppelinstraße 7, 78224 Singen
Kontakt Daten: datenschutz@endlichnachwuchs.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen, in der Ihre personenbezogenen Daten (Daten zu Ihrer Identität, Adress- und Kontaktdaten sowie Gesundheits- und Behandlungsdaten) verarbeitet und gespeichert werden. Dies erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben und ist eine Grundvoraussetzung für die Sicherstellung der Behandlungsqualität und die Erfüllung des Behandlungsvertrags zwischen Ihnen und den Ärzten dieser Praxis und die Erfüllung unserer damit verbundenen Pflichten.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Diagnosen, Behandlungsvorschläge und –pläne, die Dokumentation aller Behandlungsmaßnahmen und 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 Gewebeatmosphäre 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.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z.B. Informationen und Terminerinnerungen, die Sie betreffen.

3. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, 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 Behandlung und Diagnose 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.

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 Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten - mit Ihrer Einwilligung - an weitere berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung 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-Gewebeverordnung (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.

Ihre uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden durch umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechnigter 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. 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,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Die Aufgabe der Praxis ist die Erbringung von ärztlich / medizinischen Leistungen. Im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsverhältnisses und die Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung konkreter Tätigkeiten ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Sie haben 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
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart

6. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in unserer Praxis

- Rechtsgrundlagen 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 nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen 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 ff. 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
- Rechtsgrundlagen 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).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (dimdi) ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung).
- Rechtsgrundlage für die Notwendigkeit einer Ausweiskopie ist Artikel 6 Absatz 1 lit. f. DSGVO.
- Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

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

Ihr Praxisteam vom Kinderwunsch Bodensee

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Frau

Ich

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Bodensee meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz auf der Webseite zum Download zur Verfügung gestellt und in der Praxis ausgehändigt, zu welcher auch Rückfragen stellen konnte.

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.
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch dem jeweils anderen Ehe- oder Lebenspartner telefonisch oder schriftlich mitgeteilt werden dürfen;
- mir Informationen, Korrespondenz, Befunde ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt;

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs in der Patienteninformation zum Datenschutz informiert worden.

Ort, Datum

Unterschrift Frau

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.

Ort, Datum

Unterschrift Frau

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Mann

Ich

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Bodensee meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, zu welcher auch Rückfragen stellen konnte.

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.
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch dem jeweils anderen Ehe- oder Lebenspartner telefonisch oder schriftlich mitgeteilt werden dürfen;
- mir Informationen, Korrespondenz, Befunde ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt;

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs in der Patienteninformation zum Datenschutz informiert worden.

Ort, Datum

Unterschrift Mann

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.

Ort, Datum

Unterschrift Mann