

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 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: _____

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

Anmeldeformular Partner

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 Partner

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; 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]) 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.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnissen, 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 oder 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-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
- 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 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
- 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 Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (dimdi) ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung).
- für die Notwendigkeit einer Ausweiskopie ist Artikel 6 Absatz 1 lit. f. 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
Königstraße 10a, 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 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.

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 Patientin

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:

- 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

Patienteninformation bei der Weitergabe und Speicherung von Daten (Art. 13 und 14 DSGVO) zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Auswertung

Zweck der Datenverarbeitung

Das Kinderwunsch Bodensee beteiligt sich als Zentrum für Reproduktionsmedizin aus **berufsrechtlichen** und **wissenschaftlichen** Gründen an der externen Auswertung von fortpflanzungsmedizinischen Behandlungsdaten.

Aus **berufsrechtlichen Gründen** sind wir verpflichtet, zum Zweck der Qualitätssicherung Auskünfte zu Behandlungsdaten an die zuständige Ärztekammer zu erteilen. Hierfür werden von uns genau definierte Behandlungsdaten an eine Datenannahmestelle der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (AG QS Repromed) bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) übermittelt, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Gesundheitsdaten: Medizinische Daten zur Indikation und zu einzelnen Schritten Ihrer Behandlung sowie ggf. zur nachfolgenden Schwangerschaft bzw. Geburt sowie zusätzliche weitere personenbezogene Daten wie Ihr Geburtsmonat und ggf. der Geburtsmonat des Kindes. Der vollständige Datensatz kann unter www.qsrepromed.de eingesehen werden.

Dieser Datensatz wird **pseudonymisiert** übermittelt, d. h. er wird mit einer Patientenidentifikationsnummer versehen, die nur von uns Ihrer Person zugeordnet werden kann. Ihr Name, Ihr Vorname und Ihre Anschrift werden nicht übermittelt.

Die Daten werden in der Datenannahmestelle der AG QS Repromed ausgewertet und für die Dauer von fünf Jahren gespeichert. Die Auswertung der Qualitätssicherungsdaten eines Zentrums wird in zusammengefasster und anonymer Form uns und der Ärztekammer Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden fortpflanzungsmedizinische Behandlungsdaten vom Deutschen IVF-Register e.V. (D·I·R)[®] (www.deutsches-ivf-register.de) gesammelt, statistisch ausgewertet und wissenschaftlich aufgearbeitet. Die Daten ermöglichen Aussagen für verschiedene, mit der Reproduktionsmedizin verbundene Gebiete, z. B. der Demographie, wie sich etwa das Alter der Patientin auf den Behandlungserfolg in Abhängigkeit von der gewählten Behandlungsmethode auswirkt oder ermöglichen Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit. Wir möchten uns an dieser wissenschaftlichen Aufarbeitung beteiligen, da sie uns und unseren Patienten wichtige Daten für weitere Kinderwunschberatungen und –behandlungen liefert und damit eine wichtige Entscheidungshilfe darstellt. Hierbei handelt es sich insbesondere um Anamnesedaten und Daten der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Dieser Datensatz wird ebenfalls **pseudonymisiert** in verschlüsselter Form übermittelt; die Patientenidentifikationsnummer wird nur von uns und dem Register erfasst. Falls Sie damit nicht einverstanden sind, können Ihre Daten auch **anonymisiert** zu wissenschaftlichen oder statistischen (Forschungs-)Zwecken übermittelt werden; das bedeutet, dass ein Rückschluss auf Ihre personenbezogenen Daten auch nach Rücksprache mit uns nicht mehr möglich ist.

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber uns, QSReproMed bzw. dem D.I.R. schriftlich widerrufen.

Ansprechpartner der an der Datenübermittlung beteiligten Institutionen

Zuständige Ärztekammer

Landesärztekammer Baden-Württemberg, Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart
Telefon: 0711 - 769 89 0
E-Mail: info@laek-bw.de

Datenannahmestelle der AG QS Repromed (Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO)

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8 -12, 23795 Bad Segeberg
Telefon: 04551 – 803 615
E-Mail: info@qsrepromed.de

Deutsches IVF-Register e.V. (D·I·R)®

Lise-Meitner-Straße 14, 40591 Düsseldorf

Telefon: 0211-913 848 00

E-Mail: geschaeftsstelle@deutsches-ivfregister.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, D-40102 Düsseldorf

Tel: +49 (0)2 11 384 24-0; Fax: +49 (0) 2 11 384 24-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen QS-ReproMed und D·I·R®

Die Patienteninformation zum Datenschutz bei der Weitergabe und Speicherung von Daten (Art. 13 und 14 DSGVO) zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Auswertung einschließlich der Information über unsere Rechte haben wir erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und verstanden.

Es ist uns bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Kinderwunsch Bodensee widerrufen kann/können und mir/uns aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung entstehen.

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an AG QS ReproMed zur Qualitätssicherung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunsch Bodensee pseudonymisierte Daten zum Zweck der Qualitätssicherung an die Datenannahmestelle der AG QS ReproMed bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner / Patient

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D·I·R)® zur wissenschaftlichen Auswertung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunsch Bodensee pseudonymisierte Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D.I.R. e. V.) übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner / Patient

Vom behandelnden Arzt auszufüllen, wenn (ggf. auch von nur einer/m Beteiligten) keine Einwilligung erteilt wird:

- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an die **AG QS ReproMed** ein.
- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an das **(D·I·R)®** ein.