KinderwunschBodensee
Ihr Kinderwunschzentrum in Singen

Anmeldebogen – Patientin

Name:		**Vorname:**	
Geburtsdatum:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
ausgeübter Beruf:			
Telefon privat:		**Mobilnummer:**	
Telefon geschäftlich:			
E-Mail-Adresse privat:			

Familienstand:

☐ verheiratet seit

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in):

☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

Krankenversicherung:

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert in **Deutschland**
Name der Versicherung:

☐ privat versichert und Beihilfeberechtigt
Name der Versicherung:

☐ krankenversichert im **Ausland**

Frauenarzt/-ärztin:

Name:

Adresse:

Befundbericht an Ihre/n Frauenarzt/-ärztin gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Frauenarzt/-ärztin ☐ Internet
☐ Zeitung ☐ Freunde
☐

Anamnesebogen – Patientin (gesundheitliche Vorgeschichte)

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Größe:	m	**Gewicht:**	kg

Rauchen Sie?	☐ nein ☐ ja – Wie viel:
Bekannte Erkrankungen?	☐ keine ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Epilepsie ☐ Asthma, chronische Bronchitis ☐ Erkrankung von Magen und Darm ☐ Erkrankung der Nebenniere ☐ Thromboseneigung ☐ Blutungsneigung ☐ Erkrankung der Leber ☐ Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystem ☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne ☐ sonstige:
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?	☐ nein ☐ ja – welche:
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen? (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	☐ nein ☐ ja
Bestand Kontakt mit HIV, Hepatitis, Ebola oder Zika-Virus?	☐ nein ☐ ja
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise?	☐ nein ☐ ja – in:
Bisherige Operationen?	☐ nein ☐ ja – welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ nein ☐ ja – welche:
Haben Sie Allergien?	☐ nein ☐ ja – welche:
Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?	☐ nein ☐ ja – welches:

FAMILIENANAMNESE:

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? **Erbkrankheiten?** (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	☐ keine Auffälligkeiten ☐ Fehlgeburten ☐ Früh-/Totgeburten ☐ Kinder früh verstorben ☐ Körperliche und geistige Behinderungen ☐ Cystische Fibrose (Mukoviszidose) ☐ sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	☐ nein ☐ ja – bei wem und was:

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:

Seit wann besteht Kinderwunsch?				
Waren Sie schon einmal schwanger?	☐ nein		☐ ja – wie oft:	
Wenn ja,	davon Geburten:		davon Fehlgeburten:	
Schwangerschaft(en) aus gleicher Partnerschaft?	☐ ja		☐ nein	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? (alle 26 – 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)	☐ ja		☐ nein	
	Sondern: alle		Monate	
	☐ ohne Medikamente nie			
Besonderheiten zur Blutung:	☐ sehr lang	☐ sehr stark	☐ sehr schmerzhaft	
Letzte Periode war am?		Zykluslänge:		Tage
Letzte Krebsvorsorge war am?				
Haben Sie verhütet?	mit Pille:	☐ ja	☐ nein	
	mit Spirale:	☐ ja	☐ nein	
	von:		bis:	
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca.		Mal/Woche	
	ca.		Mal/Monat	
Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?	☐ nein	☐ ja – wann:		
Mit welcher Methode?	☐ Ultraschall	☐ Röntgenkontrastmittel	☐ Bauchspiegelung	
Ergebnis?	rechter Eileiter:	☐ durchgängig	☐ verschlossen	
	linker Eileiter:	☐ durchgängig	☐ verschlossen	

EXTERNE BEHANDLUNG:

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	☐ nein	☐ ja	
Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?	Stimulation mit Tabletten:	☐ ja	☐ nein
	Stimulation mit Spritzen:	☐ ja	☐ nein
	Insemination:	☐ ja	☐ nein
	IVF-Behandlungen:	☐ ja	☐ nein
	ICSI-Behandlung:	☐ ja	☐ nein
	Kryotransfer:	☐ ja	☐ nein
	sonstiges:		
Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?	☐ nein	☐ ja – welche:	
	☐ Überstimulation der Eierstöcke		
	☐ Blutungen		
	☐ Infektionen		
	☐ andere:		

Anmeldebogen – Partner

Name:		**Vorname:**	
Geburtsdatum:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
ausgeübter Beruf:			
Telefon privat:		**Mobilnummer:**	
Telefon geschäftlich:			
E-Mail-Adresse privat:			

Familienstand:

☐ verheiratet seit

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in):

☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

Krankenversicherung:

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert in **Deutschland**
Name der Versicherung:

☐ privat versichert und Beihilfeberechtigt
Name der Versicherung:

☐ krankenversichert im **Ausland**

Urologe/-in:

Name:

Adresse:

Anamnesebogen – Partner (gesundheitliche Vorgeschichte)

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Größe:		m	**Gewicht:**		kg
Haben Sie bereits Kinder	☐ nein	☐ ja – aus dieser Beziehung:	☐ nein	☐ ja	
Rauchen Sie?	☐ nein	☐ ja – Wie viel:			
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?	☐ nein	☐ ja – welche:			
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen? (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	☐ nein	☐ ja			
Bestand Kontakt mit HIV, Hepatitis, Ebola oder Zika-Virus?	☐ nein	☐ ja			
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise?	☐ nein	☐ ja – in:			
Sonstige Erkrankungen o. Operationen?	☐ nein	☐ ja – welche:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ nein	☐ ja – welche:			

FAMILIENANAMNESE:

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? **Erbkrankheiten?** (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	☐ keine Auffälligkeiten ☐ Fehlgeburten ☐ Früh-/Totgeburten ☐ Kinder früh verstorben ☐ Körperliche und geistige Behinderungen ☐ Cystische Fibrose (Mukoviszidose) ☐ sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	☐ nein ☐ ja – bei wem und was:

UROLOGISCHE ANAMNESE:

Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?	☐ nein	☐ ja – mit welchem Ergebnis:	☐ normaler Befund ☐ auffälliger Befund
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	☐ nein	☐ ja – wann:	
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	☐ nein	☐ ja – welche Therapie wurde durchgeführt:	☐ keine ☐ Hormontherapie ☐ Operation
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?	☐ nein	☐ ja – wann:	
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	☐ nein	☐ ja	Sind Sie operiert worden? ☐ nein ☐ ja – wann:

EXTERNE BEHANDLUNG:

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	☐ nein ☐ ja – welche Behandlungen wurden durchgeführt:

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, 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 Samenspenderregistergesetz (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 berechtigte 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 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.

6. 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.

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten – zu behandelnde Patientin

Name, Vorname | Geburtsdatum

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 **Partner/ Partnerin** | Geburtsdatum

sowie gegenüber meiner Gynäkologin / meinem Gynäkologen

Name, Vorname **Gynäkologe**

Datum | X 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 | X Unterschrift Patientin

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten - Partner(in)

Name, Vorname | Geburtsdatum

Lieber Patient, liebe Patientin,

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 **Partnerin - zu behandelnde Patientin** | Geburtsdatum

Datum | X Unterschrift Partner / Partnerin

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 | X Unterschrift Partner / Partnerin

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 gemeinsame Behandlung weiter planen, bzw. fortführen zu können. Hierfür benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung.

Hiermit entbinde Ich, Frau

Name, Vorname	Geburtsdatum

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

☐ Krankenkasse	
☐ Versicherung	
☐ Hausarzt/-ärztin Dr. med.	
☐ Frauenarzt/-ärztin 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/weiterbehandelnde Ärztin 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 Patientin

KinderwunschBodensee
Ihr Kinderwunschzentrum in Singen

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Partner/Partnerin

Lieber Patient, liebe Patientin

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 Schweigepflichtentbindung.

Hiermit entbinde Ich,

Name, Vorname | Geburtsdatum

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

- ☐ Krankenkasse
- ☐ Versicherung
- ☐ Hausarzt-ärztin Dr. med.
- ☐ Urologe/Urologin Androloge/Andrologin 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/weiterbehandelnde Ärztin 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 Partner / Partnerin