

Liebes Kinderwunschpaar,

wir freuen uns, Ihren Termin am _____ um _____ Uhr bei folgendem Arzt _____ zu bestätigen. **Zudem bitten wir, zur Optimierung unserer Sprechstunde, eine Woche vor dem Termin um telefonische Terminbestätigung.**

Anbei finden Sie eine Wegbeschreibung und Informationsmaterial. Bitte füllen Sie die beiliegenden Patientenfragebögen soweit wie möglich aus!

Bitte erscheinen Sie 20 Minuten vor dem Termin, damit wir Ihre Akte vorbereiten können. Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte spätestens 2 Tage vorher ab.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit (falls vorhanden) !

- Sie:**
- OP-Berichte
 - Krebsvorsorgebericht
 - Überweisungsschein des Frauenarztes
 - Kopie der Heiratsurkunde
 - Ihre Krankenversicherungskarte
 - Personalausweis in Kopie
 - Impfpass/buch

- Er:**
- Spermogramm
 - Hormonstatus
 - Krankenversicherungskarte
 - Personalausweis in Kopie
 - Impfpass/buch

Bitte vom Gynäkologen/in ausfüllen lassen (falls es zu einer Behandlung kommt)!!!

Beratungs- und Indikations-Bestätigung §27a Nr.16 KüBef

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse besteht bei dem Ehepaar

Frau _____ und Herrn _____
gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Indikation(en): _____

Geplante Therapie: IUI GIFT IVF ICSI

Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehepaar nach den Nummern 7 und 13 bis 15 der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“ gemäß § 27a. Abs. 4 SGB V über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Frauenarzt/-ärztin / Gynäkologe/in

Abrechnungshinweise:

1. Abrechnungsziffer für gesetzlich Versicherte 08521 (aktuell 2-2007)

(zutreffendes ankreuzen)

Datum: _____

Fragebogen für die Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname (falls anders): _____ E-Mail: _____

Telefon privat: _____ dienstl: _____ Handy: _____

Betreuender (Fach)Arzt : _____ Beruf: _____

Größe [cm]: _____ Gewicht [kg]: _____

Verheiratet seit: _____ mit: _____ Nicht verheiratet

Kinderwunsch/regelmäßiger Geschlechtsverkehr seit [Jahre]: _____

frühere Verhütung bis: _____ mit Pille Spirale andere Methoden

Alter bei 1. Monatsblutung: _____ Blutgruppe: _____

Rauchen Ja Nein Falls ja: Menge: _____

Alkohol Ja Nein Falls ja: Menge: _____

Frühere oder aktuelle Krankheiten

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Thrombosen/Gerinnungstör. Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Eierstocksysten Ja Nein

Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein

Migraine Ja Nein

Nervenschäden Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Lebererkrankung wie z.B. Hepatitis B oder C: _____

Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion/AIDS bekannt: Ja Nein

Familiäre Krankheiten:

Eigene Krankheiten:

Operationen:

Aktuelle Medikamente:

Allergien: _____

Liegen möglicherweise Stress oder Psychosomatische Krankheitsursachen vor?

ja nein möglicherweise (Bitte nach Info-Material, Beratern, Therapeuten fragen)

Datum/ Beginn der **letzten Regelblutung:** _____

Die Regel/Periode kommt: regelmäßig alle ____Tage unregelmäßig alle: ____ bis ____Tage

Bisherige Kinderwunschbehandlungen: Insemination IVF ICSI

Stimulation Clomifen/Spritzen wie oft?: _____

Schwangerschaften und Geburten

Jahr: _____ Geburt Fehlgeburt EileiterSchwangersch. mit aktuellem Partner mit anderem Partner

Jahr: _____ Geburt Fehlgeburt EileiterSchwangersch. mit aktuellem Partner mit anderem Partner

Jahr: _____ Geburt Fehlgeburt EileiterSchwangersch. mit aktuellem Partner mit anderem Partner

Bitte ausgefüllt mit zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

(zutreffendes ankreuzen)

Datum: _____

Fragebogen für den Mann

Name: _____ Vorname: _____

Familienname der Partnerin falls anders: _____

Telefon Privat: _____ Dienstl: _____ Handy: _____

Betreuender (Fach)Arzt/Urologe: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Größe [cm]: _____ Gewicht [kg]: _____

Rauchen Ja Nein Falls ja: Menge: _____

Alkohol Ja Nein Falls ja: Menge: _____

Kinderwunsch/regelmäßiger Geschlechtsverkehr seit [Jahre]: _____

Frühere oder aktuelle Krankheiten

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Thrombosen Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes/ Zuckerkrankheit Ja Nein

Migraine Ja Nein

Nervenschäden Ja Nein

Epilepsie, Giftstoffe Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Lebererkrankung wie z.B. Hepatitis B oder C: _____

Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion bekannt: _____

Familiäre Krankheiten:

Eigene Krankheiten:

Aktuelle Medikamente:

Operationen: _____

Allergien: _____

Schwangerschaften

Jahr: _____ mit aktueller Partnerin mit anderer Partnerin

Jahr: _____ mit aktueller Partnerin mit anderer Partnerin

Jahr: _____ mit aktueller Partnerin mit anderer Partnerin

Bitte ausgefüllt zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten ist in einer Arztpraxis üblich, notwendig und unverzichtbar für Ihre Behandlung und Abrechnung.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: GP Ebert/Voelklein/Szypajlo/Feidicker

Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld, Tel.: 0521-101005

Datenschutz.Beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de Frau Margarita Kletter

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, die wir oder andere Ärzte erheben. Zum Zweck der Abrechnung werden Daten eventuell an Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Apotheken, unsere KryoFirma (123 med GmbH), Steuerberater, Rechtsanwälte, Banken, Finanzämter und privatärztliche Verrechnungsstellen geleitet. An Praxisnachfolger werden wir Ihre Daten weitergeben. **Wir verwenden Ihre Kontaktdaten auch um Ihre Ärzte oder Sie gegebenenfalls auch an Kontrolluntersuchungen zu erinnern, Befunde zu erfragen oder zum Behandlungsverlauf zum Beispiel der Geburt und den Kindesdaten befragen zu können. !!**

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die konkrete Liste der Datenempfänger entnehmen Sie den ausgehändigten Zusatzunterlagen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlungen erforderlich ist und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten.

5. IHRE RECHTE Auskünfte nach §15 EU-DSGVO

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, gegebenenfalls zu korrigieren, die Verarbeitung oder Weitergabe einzuschränken oder löschen zu lassen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN: Absatz 2 lit. h) DSGVO und § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

7. Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Datenspeicherung und beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig zustimme.

Ich wünsche bis auf Widerruf keine generelle Befundmitteilung an meinen Hausarzt oder überweisenden Arzt.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnhaft: _____

Ort _____, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

Hiermit erteile ich meinem Partner/in Herrn/ Frau

eine generelle Auskunftsberechtigung und entbinde dafür die Praxis von der Schweigepflicht.

Unterschrift Patient/in _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten ist in einer Arztpraxis üblich, notwendig und unverzichtbar für Ihre Behandlung und Abrechnung.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: GP Ebert/Voelklein/Szypajlo/Feidicker

Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld, Tel.: 0521-101005

Datenschutz.Beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de Frau Margarita Kletter

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, die wir oder andere Ärzte erheben. Zum Zweck der Abrechnung werden Daten eventuell an Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Apotheken, unsere KryoFirma (123 med GmbH), Steuerberater, Rechtsanwälte, Banken, Finanzämter und privatärztliche Verrechnungsstellen geleitet. An Praxisnachfolger werden wir Ihre Daten weitergeben. **Wir verwenden Ihre Kontaktdaten auch um Ihre Ärzte oder Sie gegebenenfalls auch an Kontrolluntersuchungen zu erinnern, Befunde zu erfragen oder zum Behandlungsverlauf zum Beispiel der Geburt und den Kindesdaten befragen zu können. !!**

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die konkrete Liste der Datenempfänger entnehmen Sie den ausgehändigten Zusatzunterlagen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlungen erforderlich ist und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten.

5. IHRE RECHTE Auskünfte nach §15 EU-DSGVO

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, gegebenenfalls zu korrigieren, die Verarbeitung oder Weitergabe einzuschränken oder löschen zu lassen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN: Absatz 2 lit. h) DSGVO und § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

7. Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Datenspeicherung und beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig zustimme.

Ich wünsche bis auf Widerruf keine generelle Befundmitteilung an meinen Hausarzt oder überweisenden Arzt.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnhaft: _____

Ort _____, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

Hiermit erteile ich meinem Partner/in Herrn/ Frau

eine generelle Auskunftsberechtigung und entbinde dafür die Praxis von der Schweigepflicht.

Unterschrift Patient/in _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: GP Ebert/Voelklein/Szypajlo/Feidicker

Wertherstr. 266,

33619 Bielefeld ,

Tel.: 0521-101005

Datenschutz.Beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de Frau Margarita Kletter, Praxis Ebert u.P.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG im Einzelnen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Labore oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Wir verwenden Ihre Kontaktdaten auch um Sie gegebenenfalls auch an Kontrolluntersuchungen erinnern zu können.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die konkrete Liste der Datenempfänger entnehmen Sie den ausgehändigten Zusatzunterlagen.

Die Aktuellste Liste wird beim Praxisverantwortlichen gepflegt und ist über den Datenschutzbeauftragten einsehbar.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten, Labore, Laborgemeinschaft GBR, Hormogyn GBR, Pathologie, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, unsere KryoFirma (123 med GmbH), Steuerberater, Rechtsanwälte, Banken, Finanzämter und privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger, z.B. Kinder.

Die Zentren für Reproduktionsmedizin in Deutschland beteiligen sich aus gesetzlichen, berufsrechtlichen und wissenschaftlichen Gründen an Datensammlungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin.

Aus gesetzlichen Gründen sind das die Vorgaben des Samenspenderregistergesetzes (DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, <https://www.dimdi.de/static/de>) und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonen-schutzgesetz) ergeben.

Aus **berufsrechtlichen Gründen** und aus **Gründen der externen Qualitätssicherung** sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet, die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSReproMed (www.qsrepromed.de) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com).

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgt ANONYM.

Diese Datensammlung selber ist PSEUDONYMISIERT, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikationsnummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird.

Um die aufwändige Eingabe der erhobenen Daten für die drei Register QSReproMed, D·I·R und FertiPROTEKT möglichst effizient zu gestalten wurde ein **gemeinsamer Datensatz** entwickelt. Jedes Register bekommt nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Weiterleitung der Daten erfolgt ebenfalls in verschlüsselter Form.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlungen erforderlich ist und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung und 30 Jahre nach dem Gewebegesetz bei Kultivierung/ Verarbeitung von Eierstock/Eizellen oder Hoden/ Samenzellen. Nach dem Samenspendergesetz müssen teilweise Daten 110 Jahre nachvollziehbar sein.

5. IHRE RECHTE

Auskünfte nach §15 EU-DSGVO

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

Auch können Sie die Berichtigung oder Ergänzung nach §16 EU-DSGVO unrichtiger Daten verlangen, wobei Änderungen in der Behandlungsdokumentation als solche erkennbar bleiben müssen.(§630 f Abs.1 BGB.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.(Erhalt ihrer Daten in maschinenlesbarem Format und Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen).

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.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Helga Block

Kavalleriestraße 2-4. 40213 Düsseldorf oder:

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

Tel.: 0211/38424-0

Fax: 0211/38424-10

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

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