

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)!

- OP-Berichte
- Krebsvorsorgebericht
- Überweisungsschein des Frauenarztes
- Kopie der Heiratsurkunde
- Ihre Krankenversicherungskarte
- Impfpass/buch



- Spermogramm
- Hormonstatus
- Krankenversicherungskarte
- 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.

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. Abrechnungsnummer für gesetzlich Versicherte 08521 (aktuell 2-2007)

Fragebogen für die Frau - Bitte ausgefüllt zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

Name _____ Vorname _____
Geburtsname _____ E-Mail _____
Telefon privat _____ Arbeit _____ Handy _____
Betreuernder Frauenarzt _____ 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 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Thrombosen/Gerinnungstör. | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Eierstockszysten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes / Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Migräne | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nervenschäden | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankung (Hepatitis B oder C) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| HIV-Infektion/AIDS | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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 Schwangerschaftsverlauf

- | | | |
|------------|--|---|
| Jahr _____ | <input type="radio"/> Geburt <input type="radio"/> Fehlgeburt <input type="radio"/> Eileiter Schwangersch. | <input type="radio"/> mit aktuellem Partner <input type="radio"/> mit anderem Partner |
| Jahr _____ | <input type="radio"/> Geburt <input type="radio"/> Fehlgeburt <input type="radio"/> Eileiter Schwangersch. | <input type="radio"/> mit aktuellem Partner <input type="radio"/> mit anderem Partner |
| Jahr _____ | <input type="radio"/> Geburt <input type="radio"/> Fehlgeburt <input type="radio"/> Eileiter Schwangersch. | <input type="radio"/> mit aktuellem Partner <input type="radio"/> mit anderem Partner |
| Jahr _____ | <input type="radio"/> Geburt <input type="radio"/> Fehlgeburt <input type="radio"/> Eileiter Schwangersch. | <input type="radio"/> mit aktuellem Partner <input type="radio"/> mit anderem Partner |

Fragebogen für den Mann - Bitte ausgefüllt zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

Name _____ Vorname _____
Familienname der Partnerin falls anders _____
Telefon privat _____ Arbeit _____ Handy _____
E-Mail _____ Beruf _____
Betreuernder Urologe _____
Größe [cm] _____ Gewicht [kg] _____
Verheiratet seit _____ mit _____ Nicht verheiratet
Kinderwunsch/regelmäßiger Geschlechtsverkehr seit [Jahre] _____
Rauchen Ja Nein Falls ja: Menge _____
Alkohol Ja Nein Falls ja: Menge _____

Frühere oder aktuelle Krankheiten

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Thrombosen/Gerinnungstör.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes/ Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Migräne	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nervenschäden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Lebererkrankung (Hepatitis B oder C)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
HIV-Infektion/AIDS	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Familiäre Krankheiten

Eigene Krankheiten

Operationen

Aktuelle Medikamente

Allergien

Schwangerschaften

Jahr _____	<input type="radio"/> mit aktueller Partnerin	<input type="radio"/> mit anderer Partnerin
Jahr _____	<input type="radio"/> mit aktueller Partnerin	<input type="radio"/> mit anderer Partnerin
Jahr _____	<input type="radio"/> mit aktueller Partnerin	<input type="radio"/> mit anderer Partnerin
Jahr _____	<input type="radio"/> mit aktueller Partnerin	<input type="radio"/> mit anderer Partnerin

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 Rübberdt/Szypajlo, Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld , Tel.: 0521-101005
Mail: datenschutz.beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de / Frau Anja Wagner

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 Kontaktdateien 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 ausgehändigte 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.

Frau _____ und Herrn _____

Geburtstagsdatum _____ Wohnhaft _____ Ort _____

Unterschrift Patient/in _____ Datum _____

Hiermit erteile ich meinem Partner/in Herrn/ Frau _____ eine generelle Auskunftsberichtigung und entbinde dafür die Praxis von der Schweigepflicht.

Unterschrift Patient/in _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: GP Rübberdt/Szypajlo
Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld
Tel.: 0521-101005
Mail: datenschutz.beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de
Frau Anja Wagner

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, Therapievorschläge 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 berechtigte 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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung und 30 Jahre nach dem Gewebegegesetz 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 Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.
Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.