Deutsche Klinik Bad Münder **Facharztzentrum an der Oper**

Hannoversche Straße 24
31848 Bad Münder
Telefon 05042.94 03 60
Telefax 05042.94 03 08

Theaterstraße 15
30159 Hannover
Telefon 0511.54 35 49 50
Telefax 0511.54 35 49 59
kinderwunsch@amedes-group.com

PATIENTENSTAMMDATEN - FRAU

Termin am _____

Frau _____
Name, Vorname geb. am

_____
Geburtsname Geburtsort Geburtsland

wohnhaft _____
Straße PLZ, Ort

Telefon _____
Privat Dienst/Handy

E-Mail _____

Gynäkologe _____
Name, Vorname Telefon

_____
Straße PLZ, Ort

Kostenträger ☐ Krankenkasse ☐ Privatversicherung ☐ Beihilfe

Name der Krankenkasse/Versicherung _____

Zuständige Beihilfestelle _____

Privat Versicherte: ☐ Normaltarif ☐ Basistarif ☐ Andere _____
Bitte prüfen Sie Ihre Vertragsdetails auf eventuelle Ausschlüsse!

Empfehlung von ☐ Frauenarzt/Hausarzt ☐ Patienten ☐ Medien (Presse, Fernsehen)
☐ allgemein Internet ☐ Sonstige _____
☐ kinderwunsch@amedes-group.com

Vorgeschriebene Diagnostik:

Nach den Richtlinien zu 'Künstliche Befruchtung' (§27a, Abs. 4 SGB V) ist ein HIV-Test und eine Röteln-Titer-Bestimmung erforderlich.

Die im Rahmen der Basisdiagnostik (Termin Erstgespräch) notwendigen Untersuchungen werden jedem Versicherten getrennt in Rechnung gestellt. Eine Abrechnung erfolgt
- **bei gesetzlich versicherten Patienten über die Versichertenkarte;**
- **bei Privat-Versicherten bzw. Selbstzahlern auf der Grundlage der GOÄ, wobei für Paare gilt, dass sie für gemeinschaftliche Kinderwunschbehandlungen als Gesamtschuldner auftreten.**

Ich wünsche die gemeinschaftliche Paar-Behandlung durch die Ärzte des MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Gynäkologie, Humangenetik und Pathologie GmbH.

Bei mir wurden bisher ___ (Anzahl) Insemination(en), ___ (Anzahl) IVF- oder ___ (Anzahl) ICSI-Behandlungen durchgeführt **(nicht Zutreffendes bitte streichen!).**

☐ Ich bin einverstanden, dass Informationen und Briefe an meinen Gynäkologen bzw. Hausarzt gesandt werden.
☐ Ich möchte nicht, dass Informationen und Briefe an meinen Gynäkologen bzw. Hausarzt gesandt werden.

_____**den** _____ _____
Ort **(Unterschrift Patientin)**

Deutsche Klinik Bad Münder **Facharztzentrum an der Oper**

amedes

PATIENTENSTAMMDATEN - FRAU (Partnerin)

Termin am _____

Frau _____
Name, Vorname geb. am

_____
Geburtsname Geburtsort Geburtsland

wohnhaft _____
Straße PLZ, Ort

Telefon _____
Privat Dienst/Handy

E-Mail _____

Gynäkologe _____
Name, Vorname Telefon

_____
Straße LZ, Ort

Kostenträger ☐ Krankenkasse ☐ Privatversicherung ☐ Beihilfe

Name der Krankenkasse/Versicherung _____

Zuständige Beihilfestelle _____

Privat Versicherte: ☐ Normaltarif ☐ Basistarif ☐ Andere _____
Bitte prüfen Sie Ihre Vertragsdetails auf eventuelle Ausschlüsse!

Empfehlung von ☐ Frauenarzt/Hausarzt ☐ Patienten ☐ Medien (Presse, Fernsehen)
☐ allgemein Internet ☐ Sonstige _____
☐ www.kinderwunsch.com

Vorgeschriebene Diagnostik:

Nach den Richtlinien zu 'Künstliche Befruchtung' (§27a, Abs. 4 SGB V) ist ein HIV-Test und eine Röteln-Titer-Bestimmung erforderlich.

Die im Rahmen der Basisdiagnostik (Termin Erstgespräch) notwendigen Untersuchungen werden jedem Versicherten getrennt in Rechnung gestellt. Eine Abrechnung erfolgt
- **bei gesetzlich versicherten Patienten über die Versichertenkarte;**
- **bei Privat-Versicherten bzw. Selbstzahlern auf der Grundlage der GOÄ, wobei für Paare gilt, dass sie für gemeinschaftliche Kinderwunschbehandlungen als Gesamtschuldner auftreten.**

Ich wünsche die gemeinschaftliche Paar-Behandlung durch die Ärzte des MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Gynäkologie, Humangenetik und Pathologie GmbH.

Bei mir wurden bisher ___ (Anzahl) Insemination(en), ___ (Anzahl) IVF- oder ___ (Anzahl) ICSI-Behandlungen durchgeführt **(nicht Zutreffendes bitte streichen!).**

☐ Ich bin einverstanden, dass Informationen und Briefe an meinen Gynäkologen bzw. Hausarzt gesandt werden.
☐ Ich möchte nicht, dass Informationen und Briefe an meinen Gynäkologen bzw. Hausarzt gesandt werden.

_____, den _____
(Unterschrift Partnerin)

Deutsche Klinik Bad Münder **Facharztzentrum an der Oper**

amedes

Hannoversche Straße 24
31848 Bad Münder

Telefon 05042.94 03 60
Telefax 05042.94 03 08

Berufsausübungsgemeinschaft mit
MVZ für Reproduktionsmedizin, Endokrinologie
und Humangenetik

Theaterstraße 15
30159 Hannover

Telefon 0511.54 35 49 50
Telefax 0511.54 35 49 59

www.kinderwunsch.com
info@kinderwunsch.com

Anhang

An die/den
überweisende/n Ärztin/Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

oben genanntes Paar hat sich in unserer Praxis zur erweiterten Diagnostik und Therapie wegen unerfülltem Kinderwunsch angemeldet. Wir bitten Sie herzlich, Ihren Patienten wichtige Befundberichte (**als Kopien**) über bisherige Untersuchungen (OP-Berichte, Histologie, Hormonuntersuchungen– soweit vorhanden) **folgende Überweisung** mitzugeben:

Patientin: 1 x Überweisungsschein mit der Diagnose Fertilitätsstörung

Partnerin: 1 x Überweisungsschein mit der Diagnose Fertilitätsstörung

Wir streben eine enge Kooperation mit Ihnen an und würden uns freuen, wenn wir unsere Zusammenarbeit vertiefen oder neu beginnen können.

Selbstverständlich erhalten Sie einen Befundbericht und wir werden Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Für Anregungen und Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr.med. Christina Baßler **Dr.med. Elmar Breitbach** **Dr. med. Arvind Chandra**

Dr. med. Frauke Kramer **Dr.med. Nadine Kundu** **Dr. med. Sabine Leßmann**

Dr. med. Franziska Wegener

Patientin

Frau _____
Name, Vorname geb. am

Wohnhaft_____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein / Verheiratet (mit dieser Partnerin) ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zur Infertilität

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit (Jahr)?:_____

Kinderwunsch seit (Monat, Jahr)?: _____

Bisherige Behandlung wegen Kinderwunsch: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Ärzte, die wegen Kinderwunsch bisher konsultiert wurden: _____

Kinderwunsch-Behandlung seit: _____(Monat) _____(Jahr)

Vorbehandlung:	Anzahl Zyklen:	Behandelnder Arzt/ Zentrum:	Jahr:
Hormonbehandlung	_____	_____	_____
Insemination (Samenübertragung)	_____	_____	_____
Fremdspermaübertragung	_____	_____	_____
IVF	_____	_____	_____
ICSI	_____	_____	_____
IVF u. gleichzeitig ICSI	_____	_____	_____
Kryozyklus	_____	_____	_____
Sonstiges:			

Allgemeine Anamnese & Risikofaktoren: Gewicht: _____kg Größe: _____cm

Wie ernähren Sie sich? ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan
Rauchen Sie? ☐ Nein / ☐ Ja Falls **ja**, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
Trinken Sie Kaffee? ☐ Nein / ☐ Ja Falls **ja,** wie viele Tassen pro Tag? _____
Trinken Sie Alkohol? ☐ Nie ☐ Selten ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.? ☐ Nein
Falls ja, welche? _____

Krankheiten in der Familie:

(z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.)
Falls ja, welche (mütterlicherseits oder väterlicherseits)?
_____

Zyklusanamnese:

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? _____(Jahre)

Zyklusdauer: (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):

mind. _____ Tage, max. _____Tage (ohne Einnahme von z. B. Pille)

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein
☐ unregelmäßig: nur ca. _____-Mal Blutung/Jahr
☐ keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille

Blutungsdauer:_____ bis _____Tage (Normal: 3-5 Tage)

-bitte wenden-

Schmerzen während Ihrer Regelblutung (Dysmenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen auf (Spotting)?
(z.B. Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren) ☐ Ja ☐ Nein
Endometrioseverdacht? ☐ Ja ☐ Nein
Hatten Sie bisher ihre Periode eine gewisse Zeit und dann nicht mehr?
(sekundäre Amenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Ihre Regel nur alle paar Monate (Oligomenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Tag/Monat/Jahr) _____
Hatten Sie bisher noch gar keine Periode (primäre Amenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie wegen einer Eierstockentzündung mit Antibiotika
behandelt worden? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Zunahme
-der Körperbehaarung / Verstärkter Haarausfall / Akne beobachtet? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, seit wann? _____

Schwangerschaften:

Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter-Grav.	dieser Partner	durch Sterilitätsbehandlg.
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ☐ Ja ☐ Nein

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein

- Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja	- Blutgerinnungsstörung	☐ Ja
- Diabetes	☐ Ja	- Psych. Erkrankungen (z.B. Burn Out, Depressionen)	☐ Ja
- Epilepsie	☐ Ja	- Migräne	☐ Ja
- Thrombose	☐ Ja	- Bluthochdruck	☐ Ja
- Krampfadern	☐ Ja	- Zystenbildung am Eierstock	☐ Ja
- Herzerkrankung	☐ Ja	- Andere (ggf. welche?) _____	☐ Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Heuschnupfen, Tierhaare etc. Falls ja welche?)

_____

Operationen:

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert?
(Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter) ☐ Nein
Falls ja, an welchen Organen und wann? _____

Wurde bei Ihnen bereits die Durchgängigkeit der Eileiter untersucht? ☐ Nein

Falls ja:	Wann (Jahr)
- Durchblasung	☐ _____
- Röntgendiagnostik (HSG)	☐ _____
- Sonographische Tubendarstellung	☐ _____
- Bauchspiegelung (Laparoskopie)	☐ _____
- Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie)	☐ _____

Ergebnis? _____

Hinweis:
Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?
(z.B. besondere Stressbelastung, psychogene Konfliktsituationen, Sexualstörung u.a.)

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Partnerin

Frau _____

Name, Vorname geb. am

Wohnhaft_____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein / Verheiratet (mit dieser Partnerin) ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zur Infertilität

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit (Jahr)?:_____

Kinderwunsch seit (Monat, Jahr)?: _____

Bisherige Behandlung wegen Kinderwunsch: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Ärzte, die wegen Kinderwunsch bisher konsultiert wurden: _____

Kinderwunsch-Behandlung seit: _____(Monat) _____(Jahr)

Vorbehandlung:	Anzahl Zyklen:	Behandelnder Arzt/ Zentrum:	Jahr:
Hormonbehandlung	_____	_____	_____
Insemination (Samenübertragung)	_____	_____	_____
Fremdspermaübertragung	_____	_____	_____
IVF	_____	_____	_____
ICSI	_____	_____	_____
IVF u. gleichzeitig ICSI	_____	_____	_____
Kryozyklus	_____	_____	_____
Sonstiges:			

Allgemeine Anamnese & Risikofaktoren: Gewicht: _____kg Größe: _____cm

Wie ernähren Sie sich? ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan

Rauchen Sie? ☐ Nein / ☐ Ja Falls **ja**, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Kaffee? ☐ Nein / ☐ Ja Falls **ja,** wie viele Tassen pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nie ☐ Selten ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.? ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Krankheiten in der Familie:

(z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.)

Falls ja, welche (mütterlicherseits oder väterlicherseits)?

_____

Zyklusanamnese:

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? _____(Jahre)

Zyklusdauer: (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):

mind. _____ Tage, max. _____Tage (ohne Einnahme von z. B. Pille)

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

☐ unregelmäßig: nur ca. _____-Mal Blutung/Jahr

☐ keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille

Blutungsdauer:_____ bis _____Tage (Normal: 3-5 Tage)

-bitte wenden-

Schmerzen während Ihrer Regelblutung (Dysmenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen auf (Spotting)?
(z.B. Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren) ☐ Ja ☐ Nein
Endometrioseverdacht? ☐ Ja ☐ Nein
Hatten Sie bisher ihre Periode eine gewisse Zeit und dann nicht mehr?
(sekundäre Amenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Ihre Regel nur alle paar Monate (Oligomenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Tag/Monat/Jahr) _____
Hatten Sie bisher noch gar keine Periode (primäre Amenorrhoe)? ☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie wegen einer Eierstockentzündung mit Antibiotika
behandelt worden? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Zunahme
-der Körperbehaarung / Verstärkter Haarausfall / Akne beobachtet? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, seit wann? _____

Schwangerschaften:

Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter-Grav.	dieser Partner	durch Sterilitätsbehandlg.
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ☐ Ja ☐ Nein

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein

- Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja
- Diabetes ☐ Ja
- Epilepsie ☐ Ja
- Thrombose ☐ Ja
- Krampfadern ☐ Ja
- Herzerkrankung ☐ Ja
- Blutgerinnungsstörung ☐ Ja
- Psych. Erkrankungen (z.B. Burn Out, Depressionen) ☐ Ja
- Migräne ☐ Ja
- Bluthochdruck ☐ Ja
- Zystenbildung am Eierstock ☐ Ja
- Andere (ggf. welche?) _____ ☐ Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Heuschnupfen, Tierhaare etc. Falls ja welche?)

_____

Operationen:

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert?
(Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter) ☐ Nein
Falls ja, an welchen Organen und wann? _____

Wurde bei Ihnen bereits die Durchgängigkeit der Eileiter untersucht? ☐ Nein

Falls ja:	Wann (Jahr)
- Durchblasung	☐ _____
- Röntgendiagnostik (HSG)	☐ _____
- Sonographische Tubendarstellung	☐ _____
- Bauchspiegelung (Laparoskopie)	☐ _____
- Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie)	☐ _____

Ergebnis? _____

Hinweis:
Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?
(z.B. besondere Stressbelastung, psychogene Konfliktsituationen, Sexualstörung u.a.)
_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datenschutzerklärung (Patientin)

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung
Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind die ärztlichen Leiter:

Dr. med. Arvind Chandra
Hannoversche Str. 24
31848 Bad Münder
Telefonnummer: 05042-940300
Email: kinderwunsch@amedes-group.com

Dr. med. Elmar Breitbach
Theaterstraße 15
Telefonnummer: 0511-54534950
30159 Hannover
Email: kinderwunsch@amedes-group.com

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten

Herrn H. Klages
amedes Medizinische DienstleistungsGmbH,
Haferweg 40
22769 Hamburg
Telefonnummer: 040-3344119922
Email: datenschutz@amedes-group.com

Zweck der Datenverarbeitung
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis und die damit verbundenen Pflichten, insbesondere der Dokumentation zu erfüllen. Dazu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen: Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte und Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung, werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Des Weiteren verweisen wir auf die (seit der Antike heilige) ärztliche Schweigepflicht.

Wissenschaftliche Auswertungen
Die medizinisch erhobenen Daten werden innerhalb der Praxen zur Qualitätssicherung, zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet und in anonymisierter Form veröffentlicht. Forschung an Embryonen ist in Deutschland verboten und wird somit selbstverständlich nicht durchgeführt.
Zur Klärung spezifischer wissenschaftlicher Fragestellungen, im Rahmen einer Studie, wird zuvor Ihr schriftliches Einverständnis eingeholt

Empfänger Ihrer Daten
Wir übermitteln Ihre medizinischen Daten, nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Psychotherapeuten, das Labor , die Apotheke, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Beihilfestellen, Ärztekammern, das Niedersächsische Landessozialamt und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung, der bei Ihnen erbrachten Leistung, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenen Fragen.
Bitte jeweils nur eine Möglichkeit ankreuzen:

a. Lebenspartner/in (oder eine weitere Person) Name:_____

☐ Ich bin einverstanden, dass mein(e) Lebenspartner/in über meine medizinischen Befunde informiert wird.
☐ Ich möchte **nicht**, dass mein(e) Lebenspartner/in über meine medizinischen Befunde informiert wird.

b. Gynäkologen, Urologen bzw. Hausarzt

☐ Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen Daten und Rezepte/Überweisungen an meinen Gynäkologen/Urologen/Hausarzt/der von Ihnen angegebene Apotheke übermittelt werden.
☐ Ich möchte **nicht**, dass meine medizinischen Daten und Rezepte/Überweisungen an meinen Gynäkologen/Urologen/Hausarzt/ der von Ihnen angegebene Apotheke übermittelt werden.

c. Deutsches IVF-Register (DIR), FertiPROTEKT, Deutsches Register für Insemination (DERI) und QS-Repromed (Qualitätssicherungssysteme in der Reproduktionsmedizin)

Reproduktionsmedizinische Zentren sind zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.
Beim D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com) handelt es sich um medizinische und wissenschaftliche Qualitätssicherungssysteme der reproduktionsmedizinischen Zentren Deutschlands. Bei QS-Repromed (www.qsrepromed.de) handelt es sich um ein Qualitätssicherungssystem der Bundesärztekammer. Diese 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.
Die 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.
Um Erkenntnisse über die Entwicklung der Kinder nach Kinderwunschbehandlung zu erlangen, gibt es **wissenschaftliche Langzeitbeobachtungen**. Hierbei können Sie unterstützen, indem Sie einer späteren Kontaktaufnahme nach Geburt eines Kindes zustimmen.

☐ Hiermit willigen wir in eine ggf. spätere Kontaktaufnahme ein, um eine wissenschaftlichen Langzeitbeobachtung von Kindern, die nach einer Kinderwunschbehandlung geboren wurden, zu unterstützen.

Information per Telefon, Email und Fax

Üblicherweise erhalten Sie eine Kopie des Arztbriefes nach einem Erstgespräch oder Abschluss eines Behandlungszyklus per Post. Mit Ihrer Erlaubnis würden wir Ihnen diese Kopien auch per Email (verschlüsselt) oder per Fax zur Verfügung stellen. Übermittlung von Informationen per Telefon erfolgt nach Überprüfung Ihrer Identität durch geeignete Nachfragen.

☐ Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen Daten und Briefe per Email/Fax an mich versandt werden dürfen.
☐ Ich möchte **nicht**, dass meine medizinischen Daten und Briefe per Email/Fax an mich versandt werden dürfen.

Jede der oben genannten Erklärungen kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden!

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.
Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten 30 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertrag zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen, nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis (s. oben). In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu wiederrufen. 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon-Nr.: 0511-12 04 50 0 oder Fax 0511-12 04 59 9
Email: poststelle@lfd.niedersachsen.de
Internet: www.lfd.niedersachen.de.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.
Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.
Ihr Praxisteam

Ich habe den obenstehenden Text gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vorliegende Datenschutzerklärung.

_____ _____

Ort, den **Patientin**

Datenschutzerklärung (Partnerin)

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung
Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind die ärztlichen Leiter:

Dr. med. Arvind Chandra
Hannoversche Str. 24
31848 Bad Münder
Telefonnummer: 05042-940300
Email: kinderwunsch@amedes-group.com

Dr. med. Elmar Breitbach
Theaterstraße 15
Telefonnummer: 0511-54534950
30159 Hannover
Email: kinderwunsch@amedes-group.com

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten

Herrn H. Klages
amedes Medizinische DienstleistungsGmbH,
Haferweg 40
22769 Hamburg
Telefonnummer: 040-3344119922
Email: datenschutz@amedes-group.com

Zweck der Datenverarbeitung
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis und die damit verbundenen Pflichten, insbesondere der Dokumentation zu erfüllen. Dazu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen: Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte und Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung, werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Des Weiteren verweisen wir auf die (seit der Antike heilige) ärztliche Schweigepflicht.

Wissenschaftliche Auswertungen
Die medizinisch erhobenen Daten werden innerhalb der Praxen zur Qualitätssicherung, zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet und in anonymisierter Form veröffentlicht. Forschung an Embryonen ist in Deutschland verboten und wird somit selbstverständlich nicht durchgeführt.
Zur Klärung spezifischer wissenschaftlicher Fragestellungen, im Rahmen einer Studie, wird zuvor Ihr schriftliches Einverständnis eingeholt

Empfänger Ihrer Daten
Wir übermitteln Ihre medizinischen Daten, nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Psychotherapeuten, das Labor , die Apotheke, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Beihilfestellen, Ärztekammern, das Niedersächsische Landessozialamt und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung, der bei Ihnen erbrachten Leistung, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenen Fragen.
Bitte jeweils nur eine Möglichkeit ankreuzen:

a. Lebenspartner/in (oder eine weitere Person) Name:_____

☐ Ich bin einverstanden, dass mein(e) Lebenspartner/in über meine medizinischen Befunde informiert wird.
☐ Ich möchte **nicht**, dass mein(e) Lebenspartner/in über meine medizinischen Befunde informiert wird.

b. Gynäkologen, Urologen bzw. Hausarzt

☐ Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen Daten und Rezepte/Überweisungen an meinen Gynäkologen/Urologen/Hausarzt/der von Ihnen angegebene Apotheke übermittelt werden.
☐ Ich möchte **nicht**, dass meine medizinischen Daten und Rezepte/Überweisungen an meinen Gynäkologen/Urologen/Hausarzt/ der von Ihnen angegebene Apotheke übermittelt werden.

c. Deutsches IVF-Register (DIR), FertiPROTEKT, Deutsches Register für Insemination (DERI) und QS-Repromed (Qualitätssicherungssysteme in der Reproduktionsmedizin)

Reproduktionsmedizinische Zentren sind zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.
Beim D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com). handelt es sich um medizinische und wissenschaftliche Qualitätssicherungssysteme der reproduktionsmedizinischen Zentren Deutschlands. Bei QS-Repromed (www.qsrepromed.de) handelt es sich um ein Qualitätssicherungssystem der Bundesärztekammer. Diese 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.
Die 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.
Um Erkenntnisse über die Entwicklung der Kinder nach Kinderwunschbehandlung zu erlangen, gibt es **wissenschaftliche Langzeitbeobachtungen**. Hierbei können Sie unterstützen, indem Sie einer späteren Kontaktaufnahme nach Geburt eines Kindes zustimmen.

☐ Hiermit willigen wir in eine ggf. spätere Kontaktaufnahme ein, um eine wissenschaftlichen Langzeitbeobachtung von Kindern, die nach einer Kinderwunschbehandlung geboren wurden, zu unterstützen.

Information per Telefon, Email und Fax

Üblicherweise erhalten Sie eine Kopie des Arztbriefes nach einem Erstgespräch oder Abschluss eines Behandlungszyklus per Post. Mit Ihrer Erlaubnis würden wir Ihnen diese Kopien auch per Email (verschlüsselt) oder per Fax zur Verfügung stellen. Übermittlung von Informationen per Telefon erfolgt nach Überprüfung Ihrer Identität durch geeignete Nachfragen.

☐ Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen Daten und Briefe per Email/Fax an mich versandt werden dürfen.
☐ Ich möchte **nicht**, dass meine medizinischen Daten und Briefe per Email/Fax an mich versandt werden dürfen.

Jede der oben genannten Erklärungen kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden!

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.
Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten 30 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertrag zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen, nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis (s. oben). In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu wiederrufen. 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon-Nr.: 0511-12 04 50 0 oder Fax 0511-12 04 59 9
Email: poststelle@lfd.niedersachsen.de
Internet: www.lfd.niedersachen.de.

Rechtliche Grundlagen

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

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

Ihr Praxisteam

Ich habe den obenstehenden Text gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vorliegende Datenschutzerklärung.

_____ _____

Ort, den **Partnerin**

Einwilligung über das Erstellen und Speichern von Fotos

Frau _____
Name, Vorname geb. am

Wohnhaft_____

Frau_____
Name, Vorname geb. am

Wohnhaft _____

Hiermit willigen wir ein, dass jeweils ein Einzelfoto von uns in unserer elektronischen Patientenakte zum internen Gebrauch hinterlegt werden darf.

_____, den_____
Ort

_____
Patientin

_____
Partnerin