

**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 \_\_\_\_\_ [www.kinderwunsch.com](http://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!).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift Patientin)

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

*Berufsausübungsgemeinschaft mit  
MVZ für Reproduktionsmedizin, Endokrinologie*

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,**

Ihre Patientin hat sich in unserer Praxis zur erweiterten Diagnostik und Therapie wegen unerfülltem Kinderwunsch angemeldet. Wir bitten Sie herzlich, Ihrer Patientin wichtige Befund-berichte (**als Kopien**) über bisherige Untersuchungen (OP-Berichte, Histologie, Hormonuntersuchungen– soweit vorhanden) **folgende Überweisung** mitzugeben:

Patientin: 1 x Überweisungsschein

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

**Angaben zur Infertilität**

Bisherige Konzeptionsversuche seit (Jahr)?: \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung wegen Kinderwunsch:  Ja  Nein

Anzahl der Ärzte, die wegen Kinderwunsch bisher konsultiert wurden: \_\_\_\_\_

Vorherige Kinderwunsch-Behandlung seit: \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr)

<b>Vorbehandlung:</b>	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)

- 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?  
wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Schwangerschaften:**

- Waren Sie schon einmal schwanger?  Ja  Nein
- Falls ja:
- | Jahr  | Geburt                   | Fehlgeburt               | Abbruch                  | Eileiter-<br>Grav.       | dieser<br>Partner        | durch<br>Sterilitätsbehandlg. |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  Ja  Nein

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

- |  |   |
|--|---|
| - Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Ja | - Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Ja                             |
| - Diabetes <input type="checkbox"/> Ja               | - Psych. Erkrankungen (z.B. Burn Out, Depressionen) <input type="checkbox"/> Ja |
| - Epilepsie <input type="checkbox"/> Ja              | - Migräne <input type="checkbox"/> Ja   |
| - Thrombose <input type="checkbox"/> Ja              | - Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| - Krampfadern <input type="checkbox"/> Ja            | - Zystenbildung am Eierstock <input type="checkbox"/> Ja                        |
| - Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Ja         | - Andere (ggf. welche?) _____ <input type="checkbox"/> 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                          | <input type="checkbox"/> _____ |
| - Röntgendiagnostik (HSG)               | <input type="checkbox"/> _____ |
| - Sonographische Tubendarstellung       | <input type="checkbox"/> _____ |
| - Bauchspiegelung (Laparoskopie)        | <input type="checkbox"/> _____ |
| - Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie) | <input type="checkbox"/> _____ |
- 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 Münden  
Telefonnummer: 05042-940300  
Email: [info@kinderwunsch.com](mailto:info@kinderwunsch.com)

Dr. med. Elmar Breitbach  
Theaterstraße 15  
Telefonnummer: 0511-54534950  
30159 Hannover  
Email: [info@kinderwunsch.com](mailto:info@kinderwunsch.com)

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten

Herrn H. Klages  
amedes Medizinische DienstleistungsGmbH,  
Haferweg 40  
22769 Hamburg  
Telefonnummer: 040-3344119922  
Email: [datenschutz@amedes-group.com](mailto: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, Therapievorschlüsse 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 ergebenden 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 und QS-Repromed (Qualitätssicherungssysteme in der Reproduktionsmedizin)**

Reproduktionsmedizinische Zentren sind zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.

Bei dem D-I-R - Deutsches IVF-Register e.V. ([www.deutsches-ivf-register.de](http://www.deutsches-ivf-register.de)) und FertiPROTEKT Netzwerk e.V. ([www.fertiprotekt.com](http://www.fertiprotekt.com)) handelt es sich um medizinische und wissenschaftliche Qualitätssicherungssysteme der reproduktionsmedizinischen Zentren Deutschlands. Bei QS-Repromed ([www.qsrepromed.de](http://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.

Um diese Auswertung effektiver zu gestalten, kann es von Vorteil sein, die Daten **pseudonymisiert** zu übermitteln. Dadurch ist es möglich, alle Behandlungsfälle des Patienten zu betrachten. Dabei wird pro Patient nur ein eindeutiger Schlüssel übertragen, aus dem in den Registern aber keine personenbezogenen Daten vorliegen.

#### **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 (§630f, §197 BGB) 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 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:

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](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)  
Internet: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.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

**Einwilligung über das Erstellen  
und Speichern von Fotos**

**Frau** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

Wohnhaft \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patientin**