

Anamnesebogen

(gesundheitliche Vorgeschichte)



KINDERWUNSCH
ZENTRUM
Dresden

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig in Druckschrift aus!

WICHTIG: bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfpass, letzte Befunde und aktuelle Krebsvorsorge mit.

Angaben der Frau:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Frauenarzt / Internet / Zeitung / Freunde / _____
Name, Vorname: ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum / Geburtsort:	
Beruf:	
E-Mail-Adresse:	
Größe und Gewicht:	_____m / _____kg
Seit wann besteht der Kinderwunsch:	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten (Jahr):	_____ / _____ / _____
Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie verheiratet?	Nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Ist Ihr Zyklus regelmäßig (alle 26 bis 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sondern: alle _____ Monate Ohne Medikamente nie: _____
Besonderheiten zur Blutung:	<input type="checkbox"/> sehr lang <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft
Ihre letzte Periode war am:	_____ / Zykluslänge: _____ Tage
Haben Sie verhütet?	Mit Pille: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mit Spirale: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca. _____ Mal / Woche ca. _____ Mal / Monat
Rauchen Sie:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel:

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann:
Mit welcher Methode:	Ultraschall mit Kontrastmittel <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung <input type="checkbox"/>
Ergebnis:	Linker Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/> Rechter Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/>
Vorerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystem <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Bisherige Operationen:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Haben Sie Allergien:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welches:
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bei wem und was:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt: <input type="checkbox"/> Stimulation: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insemination: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IVF-Behandlungen (Punktion): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICSI-Behandlungen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kryotransfer: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche: <input type="checkbox"/> Überstimulation der Eierstöcke <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Andere: _____
Zeitpunkt letzte Krebsvorsorge:	
Befundbericht an Ihren Frauenarzt erwünscht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift Gynäkologe:	

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldeformular Frau

Name:	Vorname:
Geb. Datum:	Mobilnummer:
PLZ / Wohnort:	
E-Mail-Adresse:	
Behandelnder Gynäkologe	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet mit Behandlungspartner <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> anderweitig verheiratet
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert

Erklärung der Privatpatientin (falls zutreffend):

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatientin in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996 und wird nach dem 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung gestellt. Zudem können einzelne Leistungen grundsätzlich mit dem 3,5-fachen Gebührensatz berechnet werden.

Wenn beide Partner an einem Beratungsgespräch zur Kinderwunschbehandlung teilnehmen, erfolgt eine Abrechnung für jeden Partner.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht vom Kinderwunschzentrum Dresden selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

Einverständnis unverschlüsselte E-Mail

Hiermit willige ich gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden in die Übermittlung mich betreffender Befunde und Arztbriefe per unverschlüsselter E-Mail ein und entbinde die mich behandelnden Ärzte des Kinderwunschzentrums Dresden diesbezüglich von Ihrer Schweigepflicht.

Ich versichere, dass ich entweder alleinigen Zugriff auf das genannte E-Mail-Postfach habe oder aber mit dem Zugriff durch andere Personen - die dadurch die Befunde einsehen können - einverstanden bin.

Ich stimme zu: Ich stimme nicht zu:

Schweigepflichtenbindung und Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

damit wir Sie gemeinsam mit Ihrem Partner im Kinderwunschzentrum Dresden behandeln können, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrem Partner die Befunde besprechen sowie Behandlungen 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 Ihre mitbetreuenden Ärzte, damit wir unbedingt notwendige Informationen und Behandlungsdaten mit den Kollegen austauschen können, insbesondere Untersuchungsbefunde.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunschzentrum Dresden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Partner sowie meiner mitbetreuenden externen Ärzte/-innen.

Weiterhin bestätige ich, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt wurde und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte.

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Dresden 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 dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnose und Behandlung erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Anamnesebogen
(gesundheitliche Vorgeschichte)



**KINDERWUNSCH
ZENTRUM**
Dresden

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus
WICHTIG: bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfpass und letzte Befunde mit.

Angaben des Partners (Mann):

Name, Vorname: ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum / Geburtsort:	
Beruf:	
E-Mail-Adresse:	
Größe und Gewicht:	_____m / _____kg
Haben Sie bereits Kinder:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, aus dieser Beziehung: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel:
Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> Normaler Befund <input type="checkbox"/> Auffälliger Befund
Leiden sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Sonstige Erkrankungen oder Operationen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wann/was:
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche Therapie wurde durchgeführt: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Operationen
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wann:

Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> sind Sie operiert worden? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wann:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche:
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bei wem und was:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt:
Name und Anschrift Urologe:	
Befundbericht an Ihren Urologen erwünscht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldeformular Mann

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		Mobilnummer:	
PLZ / Wohnort:			
E-Mail-Adresse:			
Familienstand:		<input type="checkbox"/> verheiratet mit Behandlungspartner <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> anderweitig verheiratet	
Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert	

Erklärung des Privatpatienten (falls zutreffend):

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996 und wird nach dem 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung gestellt. Zudem können einzelne Leistungen grundsätzlich mit dem 3,5-fachen Gebührensatz berechnet werden.

Wenn beide Partner an einem Beratungsgespräch zur Kinderwunschbehandlung teilnehmen, erfolgt eine Abrechnung für jeden Partner.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht vom Kinderwunschzentrum selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

Einverständnis unverschlüsselte E-Mail

Hiermit willige ich gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden in die Übermittlung mich betreffender Befunde und Arztbriefe per unverschlüsselter E-Mail ein und entbinde die mich behandelnden Ärzte des Kinderwunschzentrums Dresden diesbezüglich von Ihrer Schweigepflicht.

Ich versichere, dass ich entweder alleinigen Zugriff auf das genannte E-Mail-Postfach habe oder aber mit dem Zugriff durch andere Personen - die dadurch die Befunde einsehen können - einverstanden bin.

Ich stimme zu:

Ich stimme nicht zu:

Schweigepflichtenbindung und Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

damit wir Sie gemeinsam mit Ihrem Partner im Kinderwunschzentrum Dresden behandeln können, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrem Partner die Befunde besprechen sowie Behandlungen 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 Ihre mitbetreuenden Ärzte, damit wir unbedingt notwendige Informationen und Behandlungsdaten mit den Kollegen austauschen können, insbesondere Untersuchungsbefunde.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunschzentrum Dresden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Partnerin sowie meiner mitbetreuenden externen Ärzte/-innen.

Weiterhin bestätige ich, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz zur Verfügung ausgehändigt wurde und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte.

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 dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnose und Behandlung erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Patienteninformation zum Datenschutz

hiermit informieren wir Sie nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten im Kinderwunschzentrum Dresden.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxisname: Kinderwunschzentrum Dresden
Dr. med. univ. Birgit Leuchten
Adresse: Prager Str. 8 a, 01069 Dresden
Kontakt Daten: buero@ivf-dresden.de; Tel.: 0351 5014000

Datenschutzbeauftragte für das Kinderwunschzentrum Dresden

Sonnemann/Strelecki GbR
Kronenstraße 77
44139 Dortmund
Kontakt Daten: info@quadamed.de; Tel.: 0231 97869 – 51/52

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 und Sozialdaten [z.B. Familienstand]) 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.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnissen, 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. 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 oder 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 sowie stichprobenartige Kontrollen im Rahmen behördlicher Begehungen.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Klärung von medizinischen Fragen und zur Weiterbehandlung durch Ihren Facharzt. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten - mit Ihrer Einwilligung - an weitere berechnigte 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 bzw. 110 Jahren.

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 ff. 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.
- Es können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

5. 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 den Sächsischen Datenschutzbeauftragten

Devrientstraße 5, 01067 Dresden

Telefon: 0351 85471101

E-Mail Adresse: saechsdsb@slt.sachsen.de

zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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

Ihr Praxisteam vom Kinderwunschzentrum Dresden

Patienteninformation bei der Weitergabe und Speicherung von Daten (Art. 13 und 14 DSGVO) zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Auswertung

Zweck der Datenverarbeitung

Das Kinderwunschzentrum Dresden beteiligt sich als Zentrum für Reproduktionsmedizin aus **berufsrechtlichen** und **wissenschaftlichen** Gründen an der externen Auswertung von fortpflanzungsmedizinischen Behandlungsdaten.

Aus **berufsrechtlichen Gründen** sind wir verpflichtet, zum Zweck der Qualitätssicherung Auskünfte zu Behandlungsdaten an die zuständige Ärztekammer zu erteilen. Hierfür werden von uns genau definierte Behandlungsdaten an eine Datenannahmestelle der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (AG QS-ReproMed) bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) übermittelt, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Gesundheitsdaten: Medizinische Daten zur Indikation und zu einzelnen Schritten Ihrer Behandlung sowie ggf. zur nachfolgenden Schwangerschaft bzw. Geburt sowie zusätzliche weitere personenbezogene Daten wie Ihr Geburtsmonat und ggf. der Geburtsmonat des Kindes. Der vollständige Datensatz kann unter www.qsrepromed.de eingesehen werden.

Dieser Datensatz wird **pseudonymisiert** übermittelt, d.h. er wird mit einer Patientenidentifikationsnummer versehen, die nur von uns Ihrer Person zugeordnet werden kann. Ihr Name, Ihr Vorname und Ihre Anschrift usw. werden nicht übermittelt. Das Geburtsdatum wird gemittelt.

Die Daten werden in der Datenannahmestelle der AG QS Repromed ausgewertet und für die Dauer von fünf Jahren gespeichert. Die Auswertung der Qualitätssicherungsdaten eines Zentrums wird in zusammengefasster und anonymer Form uns und der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung gestellt. Gemäß der Geschäftsordnung der Kommission "Assistierte Reproduktion" und ihrer Anlage (in der aktuellen Fassung vom 1. Januar 2020) sind wir zur Teilnahme an der Qualitätssicherung über die AG QS-ReproMed für die Sächsische Landesärztekammer verpflichtet.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden fortpflanzungsmedizinische Behandlungsdaten vom Deutschen IVF- Register e.V. (D·I·R)[®] (www.deutsches-ivf-register.de) gesammelt, statistisch ausgewertet und wissenschaftlich aufgearbeitet. Die Daten ermöglichen Aussagen für verschiedene, mit der Reproduktionsmedizin verbundene Gebiete, z. B. der Demographie, wie sich etwa das Alter der Patientin auf den Behandlungserfolg in Abhängigkeit von der gewählten Behandlungsmethode auswirkt oder ermöglichen Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit. Wir möchten uns an dieser wissenschaftlichen Aufarbeitung beteiligen, da sie uns und unseren Patienten wichtige Daten für weitere Kinderwunschberatungen und -behandlungen liefert und damit eine wichtige Entscheidungshilfe darstellt. Hierbei handelt es sich insbesondere um Anamnesedaten und Daten der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Dieser Datensatz wird ebenfalls **pseudonymisiert** in verschlüsselter Form übermittelt; die Patientenidentifikationsnummer wird nur von uns und dem Register erfasst. Falls Sie damit nicht einverstanden sind, können Ihre Daten auch **anonymisiert** zu wissenschaftlichen oder statistischen (Forschungs-) Zwecken übermittelt werden; das bedeutet, dass ein Rückschluss auf Ihre personenbezogenen Daten auch nach Rücksprache mit uns nicht mehr möglich ist.

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber uns, QS-ReproMed bzw. dem D.I.R. schriftlich widerrufen.

Ansprechpartner der an der Datenübermittlung beteiligten

Institutionen Zuständige Ärztekammer

Sächsische Landesärztekammer Dresden
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Telefon: 035182670
Mail: ra@slaek.de

Datenannahmestelle der AG QS ReproMed (Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO)

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8 -12
23795 Bad Segeberg
Telefon: 04551 – 803 615
E-Mail: info@qsrepromed.de

Deutsches IVF-Register e.V. (D·I·R)[®]

Lise-Meitner-Straße 14
40591 Düsseldorf
Telefon: 0211-913 848 00
E-Mail: geschaefsstelle@deutsches-ivfregister.de
Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
D-40102 Düsseldorf
Tel: +49 (0)2 11 384 24-0
Fax: +49 (0) 2 11 384 24-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Kinderwunschzentrum Dresden

Dr. med. univ. Birgit Leuchten
Prager Str. 8a 01069 Dresden
Tel: +49 (351) 5014000
E-Mail: buero@ivf-dresden.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen QS-ReproMed und D·I·R®

Die Patienteninformation zum Datenschutz bei der Weitergabe und Speicherung von Daten (Art. 13 und 14 DSGVO) zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Auswertung einschließlich der Information über unsere Rechte haben wir erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und verstanden. Es ist uns bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden widerrufen kann/können und mir/uns aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung entstehen.

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an AG QS ReproMed zur Qualitätssicherung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunschzentrum Dresden pseudonymisierte Daten zum Zweck der Qualitätssicherung an die Datenannahmestelle der AG QS ReproMed bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

_____	_____	_____
	Name in Druckbuchstaben Frau	Name in Druckbuchstaben Mann
_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Patientin	Unterschrift Partner / Patient

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D·I·R)® zur wissenschaftlichen Auswertung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunschzentrum Dresden pseudonymisierte Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D.I.R. e. V.) übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Patientin	Unterschrift Partner / Patient

Vom behandelnden Arzt auszufüllen, wenn (ggf. auch von nur einer/m Beteiligten) keine Einwilligung erteilt wird:

- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an die **AG QS ReproMed** ein.
- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an das **(D·I·R)®** ein.