



## Anamnesebogen (gesundheitliche Vorgeschichte)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig in **Druckbuchstaben** aus!

**WICHTIG:** Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfausweis, 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:	
Größe und Gewicht:	_____, _____ m / _____ kg
Seit wann besteht der Kinderwunsch?	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten	_____ / _____ / _____
Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie verheiratet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ( alle 26-35 Tage mit einer Blutung von 3-5 Tagen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern aller _____ Monate <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit Pille <input type="checkbox"/> Ja, mit Spirale von _____ bis _____
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca. _____ / Woche ca. _____ / Monat
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ pro Tag

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
 Prager Str. 8a  
 01069 Dresden  
 Telefon: +49 (0) 351 5014000  
 Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)

<p>Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?</p> <p>Ergebnis:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, wann: _____</p> <p><input type="checkbox"/> per Ultraschall mit Kontrastmittel</p> <p><input type="checkbox"/> per Bauchspiegelung</p> <p>Linker Eileiter  <input type="checkbox"/> durchgängig  <input type="checkbox"/> verschlossen</p> <p>Rechter Eileiter  <input type="checkbox"/> durchgängig  <input type="checkbox"/> verschlossen</p>
<p>Vorerkrankungen:</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere</p> <p><input type="checkbox"/> Thromboseneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Blutungsneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Migräne</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>
<p>Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Bisherige Operationen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende _____</p>
<p>Haben Sie Allergien?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welches _____</p>

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
 Prager Str. 8a  
 01069 Dresden  
 Telefon: +49 (0) 351 5014000  
 Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)

<p>Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?                  (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlgeburten</p> <p><input type="checkbox"/> Früh- / Totgeburten</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben</p> <p><input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zystische Fibrose (Mukoviszidose)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: _____</p>																		
<p>Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei folgenden Personen inkl. Krebsart:</p>																		
<p>Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgenden Behandlungen wurden durchgeführt:</p> <table data-bbox="735 1122 1453 1368"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insemination</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ICSI</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kryotransfer</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Stimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kryotransfer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Stimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Kryotransfer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<p>Gab es bei einer IVF-/ICSI-Behandlung Komplikationen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende</p> <p><input type="checkbox"/> Überstimulation der Eierstöcke</p> <p><input type="checkbox"/> Blutungen</p> <p><input type="checkbox"/> Infektionen</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>																		
<p>Datum letzte Krebsvorsorge:</p>																			

Datum, Ort

Unterschrift



## Anmeldeformular Frau

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Beruf:</b>	
<b>Geb.-datum/ -ort:</b>		<b>Mobilnummer:</b>	
<b>PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:</b>			
<b>E-Mail-Adresse:</b>			
<b>behandelnder Gynäkologe: Name und Adresse</b>			
<b>Befundbericht an Gynäkologen gewünscht?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> Verheiratet mit Behandlungspartner	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Anderweitig verheiratet
<b>Krankenversicherung:</b>	<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, Gewebeprobe, 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:

**Schweigepflichtentbindung 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. Im Rahmen der Terminverwaltung wird das System des Auftragsverarbeiters Doctolib genutzt.

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 die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht aushängt 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

## Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
Prager Str. 8a  
01069 Dresden  
Telefon: +49 (0) 351 5014000  
Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)

### Anamnesebogen (gesundheitliche Vorgeschichte)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig in **Druckbuchstaben** aus!

**WICHTIG:** Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfausweis, letzte Befunde und aktuelle Krebsvorsorge mit.

#### Angaben des Mannes

Name, Vorname ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:	
Größe und Gewicht:	____, ____ m / _____ kg
Haben Sie bereits Kinder:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus dieser Beziehung <input type="checkbox"/> Ja, aus anderer Beziehung
Rauchen Sie:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag
Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit Normalbefund <input type="checkbox"/> Ja, mit auffälligem Befund
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Sonstige Erkrankungen oder Operationen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Hatten Sie eine Hodenverletzung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende (mit MM/JJ): _____

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
 Prager Str. 8a  
 01069 Dresden  
 Telefon: +49 (0) 351 5014000  
 Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit folgender Therapie: <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Hormontherapie <input type="radio"/> Operationen
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <u>  MM/JJJJ  </u>
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne OP <input type="checkbox"/> Ja, mit OP: <u>  MM/JJJJ  </u>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Nein <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"/> Zystische Fibrose (Mukoviszidose) <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: _____
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgenden Personen inkl. Krebsart:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende Behandlung(en) wurde(n) durchgeführt:

Ort, Datum

Unterschrift



### Anmeldeformular Mann

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Beruf:</b>	
<b>Geb.-datum/ -ort:</b>		<b>Mobilnummer:</b>	
<b>PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:</b>			
<b>E-Mail-Adresse:</b>			
<b>behandelnder Urologe: Name und Adresse</b>			
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> Verheiratet mit Behandlungspartner	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
			<input type="checkbox"/> Anderweitig verheiratet
<b>Krankenversicherung:</b>	<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, Gewebeprobe, 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:

#### Schweigepflichtentbindung 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. Bitte beachten Sie, dass bei Z.n. Vasektomie die Operateure aus rechtlichen Gründen automatisch einen Befund erhalten. Im Rahmen der Terminverwaltung wird das System des Auftragsverarbeiters Doctolib genutzt.

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 die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht aushängt 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 Patient

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
Prager Str. 8a  
01069 Dresden  
Telefon: +49 (0) 351 5014000  
Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)



Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden  
Prager Str. 8a  
01069 Dresden  
Telefon: +49 (0) 351 5014000  
Telefax: +49 (0) 351 50140028  
[www.ivf-dresden.de](http://www.ivf-dresden.de)

Name, Vorname:ID:

### Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe und -speicherung

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 und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonenschutzgesetz) 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](http://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](http://www.deutsches-ivf-register.de)) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. ([www.fertiprotekt.com](http://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**.

Die Datensammlung selber ist PSEUDONYMISIERT, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikations-nummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird. Jedes der drei Register QSReproMed, D-I-R und FertiPROTEKT erhält nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Anstelle einer pseudonymisierten Datenweitergabe tritt eine anonymisierte Form. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Daten werden ebenfalls in verschlüsselter Form übertragen.

**ENTSCHEIDUNG – EINWILLIGUNG** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit willigen wir in die pseudonymisierte Weiterleitung und Speicherung der Behandlungsdaten an die wissenschaftlichen Register (Deutsches IVF-Register und Netzwerk FertiPROTEKT) gemäß obiger Erläuterung ein.

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

Hiermit willigen wir in die pseudonymisierte Weiterleitung und Speicherung der Behandlungsdaten an QSReproMed der Ärztekammern gemäß obiger Erläuterung.

Umseitig aufgeführte Informationen und unsere Rechte haben wir zur Kenntnis genommen.

Wir sind über die Möglichkeit informiert, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen zu können.

Hiermit lehnen wir die pseudonymisierte Weiterleitung der Behandlungsdaten ab.

Ort

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient\*in