



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

Anamnese beide

Anmeldeformular Frau

Name, Vorname:		Beruf:	
Geb.-datum/ -ort:		Mobilnummer:	
PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:			
E-Mail-Adresse:			
behandelnder Gynäkologe: Name und Adresse			
Befundbericht an Gynäkologen gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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 erfolgen, 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



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

Anamnese beide

Anmeldeformular Mann

Name, Vorname:		Beruf:		
Geb.-datum/ -ort:		Mobilnummer:		
PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:				
E-Mail-Adresse:				
behandelnder Urologe: Name und 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 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



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

Anamnese beide

Name, Vorname:

ID:

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) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D-I-R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com).

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgt **ANONYM**.

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