

Liebe Patient:in,

wir vom MVZ TFP Kinderwunschzentrum in Berlin (folgend „TFP Kinderwunschzentrum“) freuen uns, dass Sie sich zu einem Beratungsgespräch angemeldet haben. Gerne möchten wir Sie bestmöglich unterstützen und beraten. Hierfür benötigen wir zu Beginn einige Unterlagen, um Ihnen eine gute und regelkonforme medizinische Behandlung zu ermöglichen.

Bitte füllen Sie die beiliegenden Unterlagen aus und senden Sie uns diese **im PDF Format mindestens zwei Tage vor Ihrem Gespräch per E-Mail an [start\\_berlin@tfp-fertility.com](mailto:start_berlin@tfp-fertility.com)** zurück. Gerne können Sie uns bei Fragen jederzeit unter der Rufnummer +49 30 20 62 67 20 oder per E-Mail unter [start\\_berlin@tfp-fertility.com](mailto:start_berlin@tfp-fertility.com) kontaktieren.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um frühestmögliche Information, damit wir die Wartezeit für unsere Patienten auf ein Minimum reduzieren können.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in uns und freuen uns auf Sie!

**AUFNAHMEINFORMATION NEUPATIENT:IN / PARTNER:IN**

<b>PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN</b>	<b>PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*</b>
Nachname: _____	Nachname: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
<b>ADRESSE / KONTAKTDATEN PATIENT:IN</b>	<b>ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNER:IN*</b>
Straße u. Hausnr.: _____	Straße u. Hausnr.: _____
PLZ: _____	PLZ: _____
Wohnort: _____	Wohnort: _____
Festnetz: _____	Festnetz: _____
Mobil / Handy: _____	Mobil / Handy: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
<b>KRANKENVERSICHERUNG PATIENT:IN</b>	<b>KRANKENVERSICHERUNG PARTNER:IN*</b>
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Krankenkasse: _____	Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____	Versicherungsnummer: _____
<b>PARTNERSCHAFTLICHE INFORMATIONEN*</b>	
<input type="checkbox"/> Wir erklären hiermit, dass wir miteinander verheiratet sind.	
<input type="checkbox"/> Wir leben in einer auf Dauer angelegten Partnerschaft.	
<input type="checkbox"/> Wir leben in einer auf Dauer angelegten gleichgeschlechtlichen Partnerschaft.	
<input type="checkbox"/> Ich bin alleinstehend ohne Partnerschaft.	

**DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN**

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\***

## INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER KONTAKTDATEN

### PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN\*

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beim Schutz Ihrer persönlichen Daten legt die TFP Gruppe höchste Standards gemäß den europäischen und deutschen Datenschutzgesetzen an und hat hierfür umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen in ihre Geschäftsprozesse implementiert sowie ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit verpflichtet. Wir schützen Ihre personenbezogenen Daten bestmöglich und verarbeiten insbesondere Ihre Gesundheitsdaten ausschließlich im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung und erheben diese nur im erforderlichen Umfang (Datensparsamkeit).

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ TFP Berlin GmbH (Geschäftsführung: Johannes Röhren, Kathleen Hahne-Schröder), Kronenstraße 55-58, 10117 Berlin, start\_berlin@tfp-fertility.com, +49 30 20 62 67 20.**

**Unsere Datenschutzbeauftragte ist Marion Meyer (QMedicus Akademie), Heimradstraße 6, 34130 Kassel, info@qmedicus.de, +49 160 95 22 42 41.**

### Zweck der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Sie müssen vorliegen, um eine sorgfältige Behandlung sicherzustellen. Zu den betroffenen Daten zählen neben Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben auch Daten, welche uns von anderen Ärzten zur Verfügung gestellt werden (z.B. Arztbriefe).

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten insbesondere gemäß §630 a-h BGB, §10 Ärztliche Berufsordnung und §80 SGB X zu erfüllen und unterliegt der Rechtsgrundlage laut Artikel 9 Absatz 2h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 b) BDSG.

### Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich zulässig ist oder Sie schriftlich eingewilligt haben. Empfänger können vor allem andere Ärzte, Apotheken, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern sowie zu Abrechnungszwecken die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt zur Bearbeitung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragestellungen, zur Bereitstellung individueller Medikation oder zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Sollte eine Weiterleitung von Daten an andere Empfänger notwendig werden, kontaktieren wir Sie im Einzelfall gesondert.

Sollten wir Auftragsverarbeiter zum Beispiel für IT-Services und Wartung einsetzen, stellen wir gemeinsam mit dem Dienstleister ein angemessenes Datenschutzniveau durch Auftragsverarbeitungsverträge gemäß Artikel 28 DSGVO sowie Datenschutzzertifizierungen und gegebenenfalls EU-Standardvertragsklauseln sicher. Bitte beachten Sie gegebenenfalls die ergänzenden Datenschutzerklärungen unserer Dienstleister zum Beispiel zur Videosprechstunde.

### Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Zwingende gesetzliche Bestimmungen, insbesondere medizinische sowie steuer-/ handelsrechtliche Aufbewahrungsfristen, bleiben hiervon unberührt. Entsprechend Ihrer Behandlung ergeben sich gegebenenfalls zum Beispiel Aufbewahrungsfristen von 10 Jahren (Berufsordnung für Ärzte), 30 Jahren (Gendiagnostikgesetz, Transplantationsgesetz) und 110 Jahre (Samenspenderegistergesetz). Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen werden Ihre Daten aus unseren Archiven gelöscht.

**Speicherung Ihrer Daten**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass sich aus der Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns Betroffenenrechte entsprechend den Datenschutzgesetzen ergeben. Sie haben das Recht auf unentgeltliche Information/Auskunft, Berichtigung, Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Des Weiteren haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit, das Recht nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden und ein Widerrufsrecht. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung wird bei Widerruf jedoch nicht rückwirkend aufgehoben. Ferner steht Ihnen ein Beschwerderecht bei uns beziehungsweise der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Möchten Sie Betroffenenrechte geltend machen oder haben Fragen bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns, wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte.

Wir legen Wert auf einen hervorragenden Patientenservice. Wichtiger Bestandteil dieses Service ist, einfach und kurzfristig mit Ihnen in Kontakt treten zu können. Daher bitten wir Sie um folgende Einwilligungen.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

**HIERMIT STIMME ICH / STIMMEN WIR ZU**

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum über die angegebene Mobiltelefonnummer per SMS an vereinbarte Termine erinnert.

---

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum über die angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.

---

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen per SMS an die angegebene Mobilnummer zusendet.

---

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an die angegebene E-Mail-Adresse zusendet.

---

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum oder die TFP Fertility Germany GmbH möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über die angegebene E-Mail kontaktiert.

---

dass mich / uns das TFP Kinderwunschzentrum oder die TFP Fertility Germany GmbH einen monatlichen Newsletter per E-Mail zusendet. Der Newsletter enthält Berichte über interessante Entwicklungen aus der Kinderwunschmedizin und aus den TFP Kinderwunschzentren.

Ihre Einwilligungserklärung erfolgt auf rein freiwilliger Basis und kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft vollständig oder in Teilen widerrufen werden. Wenden Sie sich hierfür bitte an unsere Datenschutzbeauftragte. Bitte beachten Sie ergänzend die Datenschutzhinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www-tfp-fertility.com](http://www-tfp-fertility.com).

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\*

**ANAMNESE**

**PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Patienten-ID: \_\_\_\_\_

**PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN\***

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Patienten-ID: \_\_\_\_\_

**REGELBLUTUNG**

Erste Regelblutung mit **Jahren**  
 Zykluslänge (z.B. 26-28 Tage)  
 Blutungsdauer (z.B. 4-5 Tage)

Blutungsstärke  
 schwach  mittel  stark

Regelschmerzen  
 keine  schwach  mittel  stark

**GYNÄKOLOGISCHE OPERATION**

Ausschabung Wann?  
 Gebärmutter-Spiegelung Wann?  
 Bauch-Spiegelungen Wann?

**GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNG**

Endometriose  Eierstockzysten  
 Myome  PCO-Syndrom  
 Andere

**KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG**

Das Ergebnis war bisher unauffällig

**VORANGEGANGENE SCHWANGERSCHAFTEN**

Jahr	Geburt	Abort	Abbruch	Eileiter- schwangerschaft
	<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"/>

**VERHÜTUNG**

Wie haben Sie in der Vergangenheit verhütet und wie lange?

Methode **von** **bis**  
 Pille/Verhütungsring  
 Minipille  
 Hormonstäbchen (Implanon)  
 3-Monats-Spritze  
 Hormonspirale  
 Kupferspirale  
 Kondom/Diaphragma  
 Temperatur/Kalendermethode

**Zuletzt verwendete Verhütung**

**GYNÄKOLOGISCHE INFEKTIONEN**

Eileiterentzündung Wann?  
 Chlamydieninfektion Wann?  
 Genitalwarzen Wann?  
 Andere Wann?

Das Ergebnis war schon mal auffällig  Wann

Aktueller Partner	KW-Behandlung	Besonderheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SEXUAL-ANAMNESE**

Haben Sie sexuelle Kontakte? **Nein**  **Ja**

falls ja, weiter zur nächsten Frage

Wie erleben Sie Ihre sexuellen Kontakte?  
 negativ  neutral  positiv

Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr?  
 ca. pro Woche oder ca. im Monat  
 nur um den Eisprung herum  gar nicht

Bestehen Probleme beim Geschlechtsverkehr?  
 Nein  Ja falls ja, welche?

**PATIENT:IN**

Libidoverlust  
 Trockenheit der Scheide  
 Verkrampfung der Scheide  
 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  
 Orgasmusstörungen  
 Anderes

Wirkt sich der Kinderwunsch auf Ihr Sexuelleben aus?  
 5  4  3  2  1  0  -1  -2  -3  -4  -5  
 positiv neutral negativ

**PARTNER:IN\***

Libidoverlust  
 Erektionsstörungen  
 Ejakulationsstörungen  
 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  
 Orgasmusstörungen  
 Anderes

5  4  3  2  1  0  -1  -2  -3  -4  -5  
 positiv neutral negativ

**ANAMNESE**

**PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENTIN**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**FAMILIENKRANKENGESCHICHTE**

Thrombose  ja, wer?  
 Krebs  ja, wer?  
 Diabetes  ja, wer?  
 Andere  ja, wer?

**ERKRANKUNGEN**

Schilddrüsenerkrankung  
 Diabetes  
 Bluthochdruck (seit wann?)  
 Blutgerinnungserkrankung  
 Krebs/andere Tumoren  
 psychische Erkrankung  
 Allergien  
 andere Erkrankungen

**SONSTIGE ANGABEN**

Rauchen:  ja: Zig/Tag:  nein  
 Alkohol:  ja  nein

**MEDIKAMENTE**

keine  
 Name Dosis Indikation

**OPERATIONEN**

keine  
 Jahr Klinik OP

Ich habe/ wir haben einen Kinderwunsch seit \_\_\_\_\_ Jahren/Monaten.

**VORHERIGE KINDERWUNSCH-BEHANDLUNG**

keine  
 Jahr Praxis/Klinik Diagnose

Ich bin/ wir sind/ Wir haben

ledig.  
 verheiratet.  
 eine eingetragene Partnerschaft.

**SONSTIGES**

**DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN**

**PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN\***

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**FAMILIENKRANKENGESCHICHTE\***

Thrombose  ja, wer?  
 Krebs  ja, wer?  
 Diabetes  ja, wer?  
 Andere  ja, wer?

**ERKRANKUNGEN\***

Schilddrüsenerkrankung  
 Diabetes  
 Bluthochdruck (seit wann?)  
 Blutgerinnungserkrankung  
 Krebs/andere Tumoren  
 psychische Erkrankung  
 Allergien  
 andere Erkrankungen  
 Hodenhochstand  
 Mumps/Ziegenpeter  
 Krampfadern am Hoden

**SONSTIGE ANGABEN\***

Rauchen:  ja: Zig/Tag:  nein  
 Alkohol:  ja  nein

**MEDIKAMENTE\***

keine  
 Name Dosis Indikation

**OPERATIONEN\***

keine  
 Jahr Klinik OP

Haben Sie schon mal ein Kind gezeugt?\*

nein  
 ja  mit dieser/m Partner:in.  
 mit einer/m anderen Partner:in.

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\***

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENTRANSFER MIT LEISTUNGSERBRINGERN**

**PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN**

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

**PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN\***

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

**ANFORDERUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAKTEN**

Ich willige / wir willigen hiermit ein, dass Praxisbefunde bei folgenden Leistungserbringern eingeholt und bei mir / uns erhobene Befunde an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden.

**GYNÄKOLOGE**

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

**HAUSARZT / UROLOGE**

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

**INFORMATIONSWEITERGABE AN DRITTE (z.B. WEITERE PRAXEN, ANGEHÖRIGE, DOLMETSCHER)**

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

**PERSON 1**

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

**PERSON 2**

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Ihre Einwilligungserklärung erfolgt auf rein freiwilliger Basis und kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft vollständig oder in Teilen widerrufen werden. Wenden Sie sich hierfür bitte an unsere Datenschutzbeauftragte. Bitte beachten Sie ergänzend die Datenschutzhinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www-tfp-fertility.com](http://www-tfp-fertility.com).

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

**DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN**

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\***

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR LEISTUNGSABRECHNUNG FÜR GESETZLICH VERSICHERTE\***

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN	PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:

Ich wurde / wir wurden darüber aufgeklärt, dass die gesetzlichen Krankenkassen einige Leistungen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung nur teilweise oder nicht übernehmen.

Ich habe / wir haben zur Kenntnis genommen, dass diese Leistungen nach vorausgegangener Kostenaufklärung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte, in der jeweils gültigen Fassung) liquidiert werden.

**§ 4 Abs. 5 (GOÄ)**

Bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Anästhesie, Labor, Zytologie) wird Ihnen von dieser Einrichtung eine gesonderte Rechnung zugehen.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns, den 50%igen Eigenanteil einer Behandlung nach § 27a SGB V (s. 1.) bzw. das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar (s. 2., 3. und 4.) nach entsprechender Vorinformation selbst zu tragen.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in eine Leistungsliste nach GOÄ besteht bei Ihrem behandelnden Arzt.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN	DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*
--------------------------------	---------------------------------

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR PRIVATLIQUIDATION FÜR PRIVATPATIENTEN\***

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN	PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte, in der jeweils gültigen Fassung) durch die Ärzte der TFP Kinderwunschzentrums für den Zeitraum meiner / unserer Behandlung. Sollte ich / sollten wir die Behandlung zwischenzeitlich unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen, besitzt dieser Behandlungsvertrag weiterhin Gültigkeit und kann nur schriftlich für ungültig erklärt werden.

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erkläre ich mich einverstanden.

**§ 4 Abs. 5 (GOÄ)**

Bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Anästhesie, Labor, Zytologie) wird Ihnen von dieser Einrichtung eine gesonderte Rechnung zugehen.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns, dass nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN	DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*
--------------------------------	---------------------------------

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR WEITERGABE PSEUDONYMISIERTER BEHANDLUNGSDATEN

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN	PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:

Wir, als Zentrum für Reproduktionsmedizin in Deutschland, beteiligen uns aus gesetzlichen, berufsrechtlichen und wissenschaftlichen Gründen sowie zur externen Qualitätssicherung an der fortpflanzungsmedizinischen Datensammlung von QSReproMed (angesiedelt bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein, [www.qsrepromed.de](http://www.qsrepromed.de)), D.I.R - Deutsches IVF Register ([www.deutsches-ivf-register.de](http://www.deutsches-ivf-register.de)) und FertiPROTEKT ([www.fertiprotekt.com](http://www.fertiprotekt.com)).

Deutsches IVF-Register e.V. (D·I·R)®

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand  
 Lise-Meitner-Straße 14, 40591 Düsseldorf  
 Tel: +49 (0)211 913 848 00  
 E-Mail: [geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de](mailto:geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de)  
 Datenschutzbeauftragter: QuDaMed, Sonnemann / Strelecki GbR, [info@qudamed.de](mailto:info@qudamed.de)

FertiPROTEKT Netzwerk e.V.

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand  
 Weißdornweg 17, 35041 Marburg/Lahn  
 Tel.: +49 (0) 64 20 305 05 83  
 E-Mail: [info@fertiprotekt.com](mailto:info@fertiprotekt.com)  
 Es besteht keine aktuelle gesetzliche Verpflichtung einen  
 Datenschutzbeauftragten zu benennen

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Präsident  
 Bismarckallee 8 - 12, 23795 Bad Segeberg  
 Tel: +49 (0) 4551 803 0  
 E-Mail: [info@aeksh.de](mailto:info@aeksh.de)  
 Datenschutzbeauftragter: Tel: +49 (0) 4551 803 251; E-Mail: [datenschutzbeauftragte@aksh.de](mailto:datenschutzbeauftragte@aksh.de)

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zwecke der wissenschaftlichen und statistischen Erfassung und Auswertung von Daten für die Verfolgung der Entwicklung der Humanen Reproduktionsmedizin in Deutschland. Gesetzliche Grundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den Vorgaben des Samenspenderegistergesetzes sowie aus den Vorgaben für die Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonenschutzgesetz). Als weitere Rechtsgrundlage dient das berechnete und überwiegende Interesse (Art.6 Abs.1 S.1 lit.f DSGVO) der Allgemeinheit an der Verbesserung des Gesundheitswesens und dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Sofern die vorgenannten Rechtsgrundlagen nicht einschlägig sind, erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung.

Die von Ihnen erhobenen Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Verarbeitung entfällt und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Die Datensammlung umfasst notwendige Behandlungsdaten, welche über eine Patientenidentifikationsnummer pseudonymisiert werden. Die Generierung der Patientenidentifikationsnummer erfolgt durch uns als das behandelnde Zentrum und beruht auf Ihrem Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsnamen.

Dies erlaubt, dass Ihr TFP Kinderwunschzentrum pseudonymisierte Daten an die Register sendet und Ihre Behandlungsdaten in diesem Rahmen geprüft werden können. Die Übermittlung pseudonymisierter Behandlungsdaten trägt somit maßgeblich zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin bei.



Jedes Register erhält nur die Daten, die für die definierten Zwecke notwendig sind. Die Weitergabe Ihrer pseudonymisierten Daten erfolgt verschlüsselt unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben. Auswertungen zu statistischen Zwecken durch die Register erfolgen anonymisiert. Wird keine Therapie durchgeführt, erfolgt keine Datenweitergabe an die Register.

Ihre Einwilligungserklärung erfolgt auf rein freiwilliger Basis und kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft vollständig oder in Teilen widerrufen werden. Wenden Sie sich hierfür bitte an unsere Datenschutzbeauftragte. Bitte beachten Sie ergänzend die Datenschutzhinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www-tfp-fertility.com](http://www-tfp-fertility.com).

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

**DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN**

**DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\***