

Liebe Patient:in,

wir von der MVZ TFP Kinderwunschpraxis in Frankfurt als Teil der MVZ TFP Rhein-Main GmbH (folgend „TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum“) freuen uns, dass Sie sich zu einem Beratungsgespräch angemeldet haben. Gerne möchten wir Sie auf Ihrem Weg zum Wunschkind bestmöglich unterstützen. 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 frankfurt@tfp-frankfurt.com** zurück. Gerne können Sie uns bei Fragen jederzeit unter der Rufnummer +49 69 96 86 96 99 oder per E-Mail unter frankfurt@tfp-frankfurt.com kontaktieren.

Wichtiger Hinweis: Bitte reichen Sie alle Seiten vollständig ein und streichen Sie nichtzutreffende Seiten oder Abschnitte, wenn diese auf Sie nicht anwendbar sind. Die entsprechenden Stellen sind mit einem Sternchen (*) markiert.

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

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN	PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*
Nachname: _____	Nachname: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
ADRESSE / KONTAKTDATEN PATIENT:IN	ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNER:IN*
Straße u. Hausnr.: _____	Straße u. Hausnr.: _____
PLZ: _____	PLZ: _____
Wohnort: _____	Wohnort: _____
Festnetz: _____	Festnetz: _____
Mobil / Handy: _____	Mobil / Handy: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
KRANKENVERSICHERUNG PATIENT:IN	KRANKENVERSICHERUNG PARTNER:IN*
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Krankenkasse: _____	Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____	Versicherungsnummer: _____
PARTNERSCHAFTLICHE INFORMATIONEN*	
<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.	
DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN	DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER KONTAKTDATEN

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN	PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	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 Rhein-Main GmbH (Geschäftsführung: Kathleen Hahne-Schröder), Mainzer Straße 98-102, 65189 Wiesbaden, frankfurt@tfp-frankfurt.com, +49 69 96 86 96 99.

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 die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum über die angegebene Mobiltelefonnummer per SMS an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mich / uns die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum über die angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mich / uns die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen per SMS an die angegebene Mobilnummer zusendet.
- dass mich / uns die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an die angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich / uns die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum oder die TFP Fertility Germany GmbH möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über die angegebene E-Mail kontaktiert.
- dass mich / uns die / das TFP Kinderwunschpraxis / -zentrum 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.

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*

ANAMNESE PATIENT:IN

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

ERKRANKUNGEN

Grunderkrankungen, Infektionskrankheiten (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Hepatitis-/HI-Virusinfektion):

Operationen (Art und Jahr der Operation):

Eileiter auf Durchgängigkeit getestet (wenn ja, wann und wie?):

Endometriose bekannt (in der Familie oder bei Ihnen):

ja nein

Thrombosen (in der Familie oder bei Ihnen):

Genetische Erkrankungen (in der Familie oder bei Ihnen):

MEDIKAMENTE

Regelmäßige Medikamente
(Präparat und Dosierung, z.B. Femibion 1 / Tag):

Medikamentenallergie (falls ja, welche Medikamente?):

Weitere Allergien:

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

KINDERWUNSCH

Kinderwunsch besteht seit:

Kinder bzw. gezeugte Schwangerschaften
(z.B. 2020, Geburt gesunder Junge oder 2021 Fehlgeburt):

In aktueller Partnerschaft In anderer Partnerschaft

Bereits erfolgte Kinderwunschbehandlung
(z.B. Stimulation beim Frauenarzt, 2019 2x IVF):

ZYKLUS

Erste Regelblutung mit _____ Jahren.

Zykluslänge (z.B. 26 – 28 Tage):

Blutungsdauer (z.B. 4 – 5 Tage):

Blutungsstärke (z.B. leicht, mittel, stark, sehr stark):

Menstruationsschmerzen: ja nein

Letzte Periode (erster Tag):

SONSTIGE ANGABEN

Rauchen ja nein

Alkohol ja nein

Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):

Beruf:

ANAMNESE PARTNER:IN (MANN)*

PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

ERKRANKUNGEN

Grunderkrankungen, Infektionskrankheiten (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Hepatitis-/HI-Virusinfektion):

Operationen (Art und Jahr der Operation):

Hodenhochstand in der Kindheit (ja / nein):

Wurde bereits ein Spermogramm durchgeführt?
(ja / nein, wenn ja wann?):

Genetische Erkrankungen (in der Familie oder bei Ihnen):

MEDIKAMENTE

Regelmäßige Medikamente
(Präparat und Dosierung, z.B. Femibion 1 / Tag):

Medikamentenallergie (falls ja, welche Medikamente?):

Weitere Allergien:

KINDERWUNSCH

Kinder bzw. gezeugte Schwangerschaften
(z.B. 2010, Geburt gesunder Junge oder 2011 Fehlgeburt):

In aktueller Partnerschaft In anderer Partnerschaft

Bereits erfolgte Kinderwunschbehandlung
(z.B. Stimulation beim Frauenarzt, 2009 2x IVF):

SONSTIGE ANGABEN

Rauchen ja nein

Alkohol ja nein

Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):

Beruf:

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.:

INFORMATIONSWETERGABE 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.

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 / des TFP Kinderwunschpraxis /- zentrums 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), D.I.R - Deutsches IVF Register (www.deutsches-ivf-register.de) und FertiPROTEKT (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

Datenschutzbeauftragter: QuDaMed, Sonnemann / Strelecki GbR, 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

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

Datenschutzbeauftragter: Tel: +49 (0) 4551 803 251; E-Mail: 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 berechnigte 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.

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR sORP-MESSUNG IM SPERMA PARTNER:IN (MANN)*

PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

Das klassische Spermogramm ist in seiner Aussagekraft hinsichtlich der Diagnose fertil/infertil eingeschränkt. D.h. trotz einer erstellten Diagnose „unauffälliger Befund“ finden sich in dieser Gruppe bis zu 40 % infertile Männer.

Bis zu 25-40% der infertilen Männer und bis zu 80% der Männer mit sog. idiopatischer Sterilität haben signifikant höhere ROS-Level (ROS=reactive oxygen species, bzw. freie Sauerstoff Radikale) in ihrem Samen.

Oxidativer Stress ist einer der Hauptfaktoren für männliche Infertilität. Hohe Level an oxidativem Stress sind mit schlechter Spermienqualität verbunden. Die Hauptursache von DNA-Schädigung ist oxidativer Stress.

In der Routine-Spermaanalyse wird kein oxidativer Stress erfasst. Die Messung dieses Parameters stellt ein zusätzliches Diagnoseverfahren zur Erfassung der Spermaqualität dar.

Mit dem MiOXSYS®-System steht uns ein Diagnoseinstrument zur Verfügung, das alle bekannten und unbekannt Oxidantien und Reduktanten bestimmt.

Die sORP-Messung im Rahmen der Basisdiagnostik wird derzeit von den gesetzlichen Kostenträgern nicht erstattet und wird deshalb privat in Rechnung gestellt.

Leistungsbezeichnung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Faktor	Gesamt
Beratung	1	1	2,3	10,72 €
Durchführung Funktionstest	3693A	1	1,3	43,19 €
Gesamtkosten				53,91 €

Ich habe die Patienteninformation zur sORP-Messung im Sperma vollständig gelesen, den Inhalt verstanden und habe hierzu keine weiteren Fragen.

Ich erkläre mich mit der Durchführung der Analyse einverstanden und bestätige hiermit, dass ich die Kosten selbst tragen werde:

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*