

AUFNAHMEINFORMATION NEUPATIENT:IN / PARTNER:IN

**PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN**

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

**PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN\***

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

**ADRESSE / KONTAKTDATEN PATIENT:IN**

Straße u. Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

**ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNER:IN\***

Straße u. Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

**KRANKENVERSICHERUNG PATIENT:IN**

Versicherungsart

Gesetzlich  Privat  Beihilfe

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

**KRANKENVERSICHERUNG PARTNER:IN\***

Versicherungsart:

Gesetzlich  Privat  Beihilfe

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

**PARTNERSCHAFTLICHE INFORMATIONEN\***

Wir erklären hiermit, dass wir miteinander verheiratet sind.

Wir leben in einer auf Dauer angelegten Partnerschaft.

Wir leben in einer auf Dauer angelegten gleichgeschlechtlichen Partnerschaft.

Ich bin alleinstehend.

**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 Kinderwunsch Gruppe Wert auf höchste Standards gemäß den europäischen und deutschen Datenschutzgesetzen 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 Kinderwunsch Rhein-Main GmbH (Geschäftsführung: Kathleen Hahne-Schröder),**

**Mainzer Straße 98-102, 65189 Wiesbaden, wiesbaden@mvz-kinderwunsch.com, +49 611 97 63 20.**

**Unsere Datenschutzbeauftragte ist Marion Meyer (QMedicus Akademie), Würflingerstraße 263a, CH-8408 Winterthurl, 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, Therapievorschlüsse 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 Videoprechstunde.

### 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 & Versendung von SMS / E-Mail

#### HIERMIT STIMME ICH / STIMMEN WIR ZU

- dass Kinderwunsch am Welfenhof mir über die angegebene Mobiltelefonnummer verordnete eRezepte als Link per SMS zusendet.\*
- dass Kinderwunsch am Welfenhof mich / uns über die angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass Kinderwunsch am Welfenhof mir / uns Behandlungsrelevante Informationen an die angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass Kinderwunsch am Welfenhof oder die Kinderwunsch Germany GmbH mich / uns möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über die angegebene E-Mail kontaktiert.

**\*Seit dem 1. Januar 2024 ist die Nutzung des E-Rezepts für verschreibungspflichtige Medikamente verpflichtend, weshalb wir als Kinderwunschzentrum Ihnen bei der Erstellung eines e-Rezeptes immer einen Link per SMS an die uns hinterlegte Rufnummer versenden, womit Sie Ihr e-Rezept in der Apotheke einlösen können. Hierfür ist die Einwilligung im ersten Punkt 1 Voraussetzung! Bitte achten Sie hierbei auf die korrekte Angabe Ihrer Mobil-Rufnummer und informieren das Praxispersonal umgehend bei einer Änderung.**

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.mvz-kinderwunsch.com](http://www.mvz-kinderwunsch.com).

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN\*

## ANAMNESE PATIENTIN\*

### PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN

Nachname:

\*bei gleichgeschlechtlichen Paaren bitte diesen Bogen von beiden Patientinnen ausfüllen

Vorname:

Geburtsdatum:

### ERKRANKUNGEN

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

**Thrombosen** (in der Familie oder bei Ihnen):

**Genetische Erkrankungen** (in der Familie oder bei Ihnen):

### 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):

### VORUNTERSUCHUNGEN

**Endometriose bekannt? (Ja / Nein)**

**Operationen** (Art und Jahr der Operation):

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

**Letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt** (Datum / Befund):

### 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):

Letzte Periode (erster Tag):

Menstruationsschmerzen (Ja / Nein):

### MEDIKAMENTE

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

**Allergien** (bitte auch Medikamentenallergien angeben, falls vorhanden)

### SONSTIGE ANGABEN

Rauchen  ja  nein

Alkohol  ja  nein

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

**DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN**

## ANAMNESE PARTNER (MANN)

### PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

### 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):

**Allergien** (bitte auch Medikamentenallergien angeben, falls vorhanden)

### 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):

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER

## 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.mvz-kinderwunsch.com](http://www.mvz-kinderwunsch.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

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN

Nachname:

Vorname:

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

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

### PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte, in der jeweils gültigen Fassung) durch die Ärzte der Kinderwunsch am Welfenhofs 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 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 €
<b>Gesamtkosten</b>				<b>53,91 €</b>

**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\***