



AUFNAHMEINFORMATION NEUPATIENT:IN / PARTNER:IN

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Beruf:

PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN*

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Beruf:

ADRESSE / KONTAKTDATEN PATIENT:IN

Straße u. Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

ADRESSE / KONTAKTDATEN PARTNER:IN*

Straße u. Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mail-Adresse:

KRANKENVERSICHERUNG PATIENT:IN

Versicherungsart: gesetzlich privat

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

KRANKENVERSICHERUNG PARTNER:IN*

Versicherungsart: gesetzlich privat

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Sie wünschen:

Beratungsgespräch

Einfrieren von Keimzellen/-gewebe zum Erhalt der Fruchtbarkeit

- vor keimzellschädigender Therapie
 ohne medizinische Indikation (Social Freezing)

Weitere Diagnostik

Sonstiges:

In-vitro-Fertilisation (IVF/ICSI)

Samenübertragung Ehemann/Partner

Spendersamenbehandlung

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.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*

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.



ANAMNESE PATIENT:IN

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

ERKRANKUNGEN

Grunderkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung):

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):

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen mit:

- 1. letzte Krebs-Vorsorge (Pap-Abstrich)**
- 2. Impfausweis**
- 3. Heiratsurkunde (wenn verheiratet)**



ANAMNESE PARTNER:IN*

PERSÖNLICHE ANGABEN PARTNER:IN

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

ERKRANKUNGEN

Grunderkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung):

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:

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*

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):



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 MVZ Kinderwunsch-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 Kinderwunsch am Seestern GmbH (Geschäftsführung: Susanne Ehnert), Niederkasseler Lohweg 181-183, 40547 Düsseldorf, seestern@mvz-kinderwunsch.com, +49 211 90 19 70.

Unsere Datenschutzbeauftragte ist Marion Meyer (QMedicus Consulting), Wülfingerstr. 263a, CH-8408 Winterthur, 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, Therapievorschläge 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 (Samenspenderregistergesetz). Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen werden Ihre Daten aus unseren Archiven gelöscht.

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 MVZ Kinderwunsch am Seestern über die angegebene E-Mail-Adresse per Mail, bzw. über die angegebene Mobiltelefonnummer per SMS an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mich / uns das MVZ Kinderwunsch am Seestern die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an die angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich / uns das MVZ Kinderwunsch am Seestern möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über die angegebene E-Mail kontaktiert.

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.

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich / haben wir erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT PARTNER:IN*