

## 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     Beihilfe

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

### KRANKENVERSICHERUNG PARTNER:IN\*

Versicherungsart

Gesetzlich     Privat     Beihilfe

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

### SIE WÜNSCHEN:

Beratungsgespräch

Einfrieren von Keimzellen/-gewebe zum Erhalt der Fruchtbarkeit

- vor keimzellschädigender Therapie
- ohne medizinische Indikation (Social Freezing)

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.

Ich bin alleinstehend.

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: \_\_\_\_\_

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

### 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):

\_\_\_\_\_

**Reisen in ZIKA-Gebiete** (letzte 3 Monate):

Ja  nein

### 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:

---

### 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):

---

**Reisen in ZIKA-Gebiete** (letzte 3 Monate):

Ja  nein

### 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	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, Peter Menk),**

**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 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 & Versendung von SMS / E-Mail

#### HIERMIT STIMME ICH / STIMMEN WIR ZU

- dass Kinderwunsch am Main mir über die angegebene Mobiltelefonnummer verordnete eRezepte als Link per SMS zusendet.\*
- dass Kinderwunsch am Main mich / uns über die angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass Kinderwunsch am Main mir / uns Behandlungsrelevante Informationen an die angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass Kinderwunsch am Main 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\*