

Selbstauskunft Patientin

Sie helfen uns sehr, wenn Sie diesen Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen und abgeben. Alle Angaben sind natürlich streng vertraulich!

Name: _____ **Vorname:** _____

Name und Vorname des Partners: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____


Telefon (Festnetz): _____ **Beruf:** _____

Telefon (mobil): _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Krankenkasse: _____ **Vers.-Nr.:** _____ **Beihilfe:** ja / nein

verheiratet mit o.g. Partner seit: / / nicht verheiratet

verheiratet mit anderem Partner



(Bitte alle Felder unbedingt ausfüllen!)

Vorstellungsgrund: _____

Besteht bei Ihnen Kinderwunsch? Ja, seit _____ (Monat, Jahr) Nein

Waren Sie wegen Kinderwunsch bereits in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Art der Behandlung (IUI/ IVF/ ICSI)	Ort der Behandlung	Medikamente (Stimulation)	Schwangerschaft eingetreten?

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?

Ja, _____ (Jahr) Nein

Falls ja, - mit welcher Methode? Ultraschall Röntgen Bauchspiegelung
mit Kontrastmittel

- mit welchem Ergebnis? Eileiter rechts: durchgängig geschlossen

Eileiter links: durchgängig geschlossen



Hatten Sie schon gynäkologische Erkrankungen? (z.B. Zysten, Eileiterentzündungen) Ja Nein

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Art der Erkrankung	Therapie (Medikamente/ Operationen)	Wo wurde die Behandlung durchgeführt?

Wurden bei Ihnen schon Operationen im Bauchraum durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Eingriff	Klinik

Waren Sie bereits schwanger? Ja Nein

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Mit jetzigem Partner?	nach Kinderwunschbehandlung?	Ausgang (Geburt, Fehlgeburt, EUGAbbruch)

Zyklusanamnese:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? Mit _____ Jahren.

Haben Sie Empfängnischutz betrieben?

- Ja, von _____ bis _____ durch _____
von _____ bis _____ durch _____
von _____ bis _____ durch _____
(Pille, Spirale, Sterilisation etc.)
- Nein

Wie lang ist aktuell der Abstand vom ersten Tag Ihrer Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?

- regelmäßig** zwischen _____ und _____ Tagen
- unregelmäßig** zwischen _____ und _____ Tagen
- zur Zeit **keine Regelblutung** (seit: _____ Tagen/ Wochen/ Monaten)

Wie lange dauert im Durchschnitt Ihre Regelblutung? Zwischen _____ und _____ Tagen

Gibt es Komplikationen bzw. Beschwerden bei Ihrer Regelblutung? Falls ja, welche sind das?

Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?

Ja, der Eisprung ist ca. am _____ Zyklustag Nein

1. Tag der letzten Regelblutung (Datum): _____



Eigene Anamnese:

Rauchen Sie? Nein 1-5 Zig./Tag 6-15 Zig./ Tag >16 Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Welche Drogen? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung |
| <input type="radio"/> Unterleibsschmerzen | <input type="radio"/> Asthma / chron. Bronchitis |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Nebennierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Magen-/ Darmerkrankung |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="radio"/> Thrombose/ Embolie bei Ihnen / in der Familie |
| <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> insulinpflichtig <input type="radio"/> nicht insulinpflichtig <input type="radio"/> (Alters-)Diabetes in der Familie | |
| <input type="radio"/> Krebs / andere Tumore | _____ |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | _____ |
| <input type="radio"/> sonstige Erkrankungen: | _____ |

Haben Sie Allergien?

Nein Ja _____

Liegt oder lag in der Vergangenheit eine Eßstörung vor? (Anorexie/ Bulimie)

Nein Ja, von _____ bis _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig / aktuell ein?

Keine Ja _____

Nehmen Sie bereits ein Folsäurepräparat ein?

Nein Ja _____

mit Jod ohne Jod



Name / Adresse Ihrer Frauenärztin / Ihres Frauenarztes:

Ich bin damit – nicht – einverstanden, dass meine Frauenärztin/ mein Frauenarzt ggf. über meinen Behandlungsverlauf informiert wird. (ggf. streichen)

Falls Sie wünschen, dass Ihr Hausarzt Kopien der Briefe erhält, geben Sie bitte die genaue Adresse an:

Die Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums repromedicum unterliegen analog den Ärzten der Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderwunschzentrum repromedicum mit der elektronischen Datenverarbeitung arbeiten.

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

X.....
Ort, Datum

X.....
Unterschrift der Patientin

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Frauenarzt Hausarzt Internet Bekannte/ Freunde

Flyer/ Broschüre Sonstiges: _____



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

repromedicum

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Ernst Siebzehnrübl | Dr. med. Anja Weidner
Hanauer Landstr. 328-330
60314 Frankfurt

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzkoordinator unter:

E-Mail: datenschutz@repromedicum.de

Tel.: 069-426077-291

Datenschutzbeauftragter unseres Unternehmens ist:

PDCA Datenschutz GmbH- Herr Imhof

Am Obstkeller 49 | 63743 Aschaffenburg

E-Mail: kontakt@pdca-datenschutz.de

Telefon: 06028/ 9987261 Telefax: 06028/ 9987267

Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten, Gesundheits- und Behandlungsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschläge.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Diagnosen, Behandlungsvorschläge und -pläne, die Dokumentation aller Behandlungsmaßnahmen und die Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und / oder Personen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Weiterhin dient die Datenverarbeitung auch der lückenlosen Rückverfolgbarkeit der Patienten- und Gewebeidentität während aller Be- und Verarbeitungsschritte im reproduktionsbiologischen Labor. Hierzu benötigen wir die Vorlage Ihres Personalausweises oder Reisepasses.

Personenbezogene Daten verarbeiten wir auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen und der Abwicklung des Zahlungsverkehrs inklusive Forderungsbeitreibung, falls dies notwendig sein sollte.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

Empfänger Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Untersuchungsergebnisse (z.B. Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für Ihre Diagnose und Therapie benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren für:

- die Spenderakte gem. § 15 Transplantationsgesetzes (TPG) und § 5 der Transplantationsgesetz-Gewebeverordnung (TPG-GewV)
- die Dokumentation übertragener Gewebe gem. § 13a TPG und § 7 TPG-GewV (in unserem Fachbereich: Sperma, Embryo)
- die Dokumentation über die Gewebegewinnung (z.B. Sperma, Eizelle), Laboruntersuchung (HIV- und Hepatitis-Test), Be- und Verarbeitung, Prüfung, Freigabe, Lagerung, die Einfuhr oder Ausfuhr gem. § 41 Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)
- die Rückverfolgbarkeit des Gewebes gem. § 1a Nr. 11, §§ 13a, c TPG.

Ihre, uns zur Verfügung gestellten, personenbezogenen Daten werden durch umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen oder uns diese direkt in der Praxis persönlich zur Verfügung zu stellen.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in unserer Praxis

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
 - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (dimdi) ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) § 2 (für die Entnahmeeinrichtung) und § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.



Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Die Aufgabe der Praxis ist die Erbringung von ärztlich / medizinischen Leistungen. Im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsverhältnisses und die Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung konkreter Tätigkeiten ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet

Der Hessische Datenschutzbeauftragte Gesundheit und Pflege
Referat 2.1 - Postfach 3163 - 65021 Wiesbaden
Telefon: 0611-1408 0 - <https://datenschutz.hessen.de>

Unsere Datenschutzerklärung und -informationen finden Sie im Bereich Datenschutz auf www.repromedicum.de

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die vorgenannten Informationen zum Datenschutz verstanden haben.

Frau (bitte leserlich ausfüllen)

Nachname Vorname Geburtsdatum

X X
Ort, Datum Unterschrift Patientin

Schweigepflichtsentbindung / Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum (bitte leserlich ausfüllen)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum repromedicum meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die „Patienteninformation zum Datenschutz“ ausgehändigt. Zur Patienteninformation konnte ich jeweils auch Rückfragen stellen über:

- den Umfang und die Art meiner Daten
- die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere, mich behandelnde, Ärzte/ Psychotherapeuten und sonstige Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung bestimmter Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind
- mir notwendige Korrespondenz zur Weiterleitung an meine Krankenversicherung (z.B. Antrag und Befunde zur Erlangung einer Kostenübernahme) ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten oder verschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail wurden uns erklärt bzw. sind mir bekannt.
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch **den nachfolgenden Personen (z.B. Lebensgefährte-/ in oder Ehepartner/-in, oder Dolmetscher)** telefonisch oder schriftlich **mitgeteilt werden dürfen**, nach Nennung von: Nachname, Vorname, Geburtsdatum und persönlichem Code.

Nachname, Vorname, Geb. Datum	Beziehung / Grad der Verwandtschaft

- eine Kontaktaufnahme und Informationsübermittlung per E-Mail oder SMS z.B. für Terminabsprachen Befundmitteilungen oder für andere wichtige Informationen zur meiner Behandlung erfolgen darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft per E-Mail an mail@repromedicum.de widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

X

Datum, Unterschrift des Patienten

Selbstauskunft Patient

Sie helfen uns sehr, wenn Sie diesen Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen und abgeben. Alle Angaben sind natürlich streng vertraulich!

Name: _____ **Vorname:** _____

Name und Vorname der Partnerin: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Telefon (Festnetz): _____ **Beruf:** _____

Telefon (mobil): _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Krankenkasse: _____ **Vers.-Nr.:** _____ **Beihilfe: O ja / O nein**

verheiratet mit o.g. Partnerin seit: / / **O nicht verheiratet**

O verheiratet mit anderem Partner

(Bitte alle Felder unbedingt ausfüllen!)

Eigene Anamnese:

Haben sie chronische Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

Nein Ja _____

Hatten oder haben Sie die folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

Mumps

Diabetes (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig nicht insulinpflichtig

Bluthochdruck

Epilepsie

Krebs / andere Tumore: _____

Schilddrüsenerkrankungen: _____

sonstige Erkrankungen: _____

Haben sie Allergien?

Nein Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja _____



Aktuelle Anamnese:

Rauchen Sie? Nein 1-5 Zig./Tag 6-15 Zig./ Tag >16 Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Welche Drogen? _____

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit der jetzigen Partnerin (Im Jahr/ In den Jahren: _____)

Ja, mit einer anderen Partnerin (Im Jahr/ In den Jahren: _____)

Nein, ich war schon in einer früheren Partnerschaft ungewollt kinderlos.

Wurden Sie bereits von einem Urologen/ Androloge (Männerarzt) untersucht?

Nein Ja, mit folgendem Ergebnis: _____

Wurde bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt?

Nein Ja Wann? _____ Wo? _____

Hatten Sie in der Kindheit einen Hodenhochstand? Nein Ja (rechts links)

Falls ja, Therapie in welchem Alter? _____ Therapie : OP Hormongaben

Hatten oder haben Sie Krampfadern am Hoden (Varizen)? Nein

Ja - Therapie: _____

Die Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums repromedicum unterliegen analog den Ärzten der Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderwunschzentrum repromedicum mit der elektronischen Datenverarbeitung arbeiten.

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

X.....
Ort, Datum

X.....
Unterschrift des Patienten

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Frauenarzt Hausarzt Internet Bekannte/ Freunde

Flyer/ Broschüre Sonstiges: _____



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

repromedicum

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Ernst Siebzehnrübl | Dr. med. Anja Weidner
Hanauer Landstr. 328-330
60314 Frankfurt

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzkoordinator unter:

E-Mail: datenschutz@repromedicum.de

Tel.: 069-426077-291

Datenschutzbeauftragter unseres Unternehmens ist:

PDCA Datenschutz GmbH- Herr Imhof

Am Obstkeller 49 | 63743 Aschaffenburg

E-Mail: kontakt@pdca-datenschutz.de

Telefon: 06028/ 9987261 Telefax: 06028/ 9987267

Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten, Gesundheits- und Behandlungsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschläge.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Diagnosen, Behandlungsvorschläge und -pläne, die Dokumentation aller Behandlungsmaßnahmen und die Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und / oder Personen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Weiterhin dient die Datenverarbeitung auch der lückenlosen Rückverfolgbarkeit der Patienten- und Gewebeidentität während aller Be- und Verarbeitungsschritte im reproduktionsbiologischen Labor. Hierzu benötigen wir die Vorlage Ihres Personalausweises oder Reisepasses.

Personenbezogene Daten verarbeiten wir auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen und der Abwicklung des Zahlungsverkehrs inklusive Forderungsbeitreibung, falls dies notwendig sein sollte.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

Empfänger Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Untersuchungsergebnisse (z.B. Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für Ihre Diagnose und Therapie benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren für:

- die Spenderakte gem. § 15 Transplantationsgesetzes (TPG) und § 5 der Transplantationsgesetz-Gewebeverordnung (TPG-GewV)
- die Dokumentation übertragener Gewebe gem. § 13a TPG und § 7 TPG-GewV (in unserem Fachbereich: Sperma, Embryo)
- die Dokumentation über die Gewebegewinnung (z.B. Sperma, Eizelle), Laboruntersuchung (HIV- und Hepatitis-Test), Be- und Verarbeitung, Prüfung, Freigabe, Lagerung, die Einfuhr oder Ausfuhr gem. § 41 Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)
- die Rückverfolgbarkeit des Gewebes gem. § 1a Nr. 11, §§ 13a, c TPG.

Ihre, uns zur Verfügung gestellten, personenbezogenen Daten werden durch umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen oder uns diese direkt in der Praxis persönlich zur Verfügung zu stellen.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in unserer Praxis

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
 - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (dimdi) ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) § 2 (für die Entnahmeeinrichtung) und § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.



Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Die Aufgabe der Praxis ist die Erbringung von ärztlich / medizinischen Leistungen. Im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsverhältnisses und die Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung konkreter Tätigkeiten ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet

Der Hessische Datenschutzbeauftragte Gesundheit und Pflege
Referat 2.1 - Postfach 3163 - 65021 Wiesbaden
Telefon: 0611-1408 0 - <https://datenschutz.hessen.de>

Unsere Datenschutzerklärung und -informationen finden Sie im Bereich Datenschutz auf www.repromedicum.de

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die vorgenannten Informationen zum Datenschutz verstanden haben.

Herr (bitte leserlich ausfüllen)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient

Schweigepflichtsentbindung / Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum (bitte leserlich ausfüllen)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum repromedicum meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die „Patienteninformation zum Datenschutz“ ausgehändigt. Zur Patienteninformation konnte ich jeweils auch Rückfragen stellen über:

- den Umfang und die Art meiner Daten
- die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere, mich behandelnde, Ärzte/ Psychotherapeuten und sonstige Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung bestimmter Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind
- mir notwendige Korrespondenz zur Weiterleitung an meine Krankenversicherung (z.B. Antrag und Befunde zur Erlangung einer Kostenübernahme) ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten oder verschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail wurden uns erklärt bzw. sind mir bekannt.
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch **den nachfolgenden Personen (z.B. Lebensgefährte-/ in oder Ehepartner/-in, oder Dolmetscher)** telefonisch oder schriftlich **mitgeteilt werden dürfen**, nach Nennung von: Nachname, Vorname, Geburtsdatum und persönlichem Code.

Nachname, Vorname, Geb. Datum	Beziehung / Grad der Verwandtschaft

- eine Kontaktaufnahme und Informationsübermittlung per E-Mail oder SMS z.B. für Terminabsprachen Befundmitteilungen oder für andere wichtige Informationen zur meiner Behandlung erfolgen darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft per E-Mail an mail@repromedicum.de widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

X

Datum, Unterschrift des Patienten



Behandlungsvertrag

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

wohnhaft in

Telefon

Krankenversicherung

Beihilfe ja nein

Wir bedanken uns, dass Sie sich die Zeit nehmen, den nachfolgenden Text sorgfältig zu lesen.
Mit Unterzeichnung des Behandlungsvertrages erteilen Sie uns Ihre Zustimmung zur Durchführung einer Kinderwunschbehandlung.

Abrechnungshinweise für Teilleistungen für unsere gesetzlich versicherten Patienten

Soweit möglich werden wir für die geplante Kinderwunschbehandlung einen Behandlungsplan zur Kostenübernahme bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse stellen. Die ärztliche Leistung im Rahmen eines genehmigten Behandlungsplans berechnen wir nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der behandelnde Arzt wird Leistungen außerhalb des genehmigten Behandlungsplans privatärztlich auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung stellen.

Eine Auflistung allgemeiner Leistungsziffern auf Basis der GOÄ nehmen Sie bitte umseitig zur Kenntnis.

Eine genaue Aufstellung der privatärztlichen Behandlungskosten sind den Honorarvereinbarungen zu entnehmen.

Sollten Sie planen das Erstgespräch als Videogespräch durchzuführen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Ihre Versichertenkarte im laufenden Quartal von uns eingesehen werden muss, um die Abrechnung über Ihre gesetzliche Krankenkasse vornehmen zu können. Ohne Vorlage Ihrer Karte, wird Ihnen das Erstgespräch privatärztlich auf Basis der GOÄ in Rechnung gestellt.

Einwilligungserklärung

Hiermit beauftrage ich, die Ärzte des **repromedicum** Kinderwunschzentrums, Hanauer Landstraße 328-330, 60314 Frankfurt am Main mich ärztlich bzw. privatärztlich zu behandeln. Die Zustimmung gilt für Prof. Dr. Dr. Ernst Siebzehrübl, Dr. Anja Weidner und Dr. Manuela Stieler und deren Vertreter.

Ich versichere, die Rechnung des **repromedicum** Kinderwunschzentrums unmittelbar und persönlich zu begleichen – unabhängig von den Leistungen meiner Krankenversicherung und dem jeweils vereinbarten Versicherungsschutz.

Für unsere gesetzlich versicherten Patienten: Meine Zusicherung gilt für die Begleichung einer Kostenrechnung, welche sowohl nach den Maßstäben des EBM als auch nach der GOÄ erstellt ist.

Für unsere Privatpatienten und Selbstzahler: Für den Fall, dass ich zum Bezug von Beihilfe berechtigt bin, gilt die unmittelbare und persönliche Zahlungsverpflichtung auch für Leistungen des Kinderwunschzentrums, welche ggf. nicht beihilfefähig sind. Diese Zustimmung beinhaltet die Erstattung einer Kostenrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eine genaue Aufstellung der privatärztlichen Behandlungskosten sind der Honorarvereinbarung zu entnehmen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Privatliquidation des **repromedicum** Kinderwunschzentrums durch die Firma MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH vorgenommen wird. Hierzu entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber vorgenannter Abrechnungsstelle. Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Es werden alle, im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die Firma MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH, Siemensstr. 3 in 64859 Eppertshausen übergeben. Alle Mitarbeiter der Firma MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH unterliegen den strengen Regeln des gesetzlichen Datenschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Allgemeine Leistungsziffern auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Beratungs- und Gesprächsziffern

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar (€)
1	Beratung - auch telefonisch - bis 10 Minuten	2,3 – 3,5	10,72 – 16,32
2	Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen durch eine MFA - auch telefonisch / Ausstellung von Rezepten und Überweisungen / Messung von Körperzuständen	1,8	3,15
3	Eingehende Beratung - auch telefonisch - Dauer mind. 10 Minuten	2,3 – 3,5	20,10 – 30,60

Die Gesprächsziffern beinhalten folgende Leistungen: Aufklärung, Beratung, Befunderläuterung und die Besprechung des weiteren Procedere. Der Faktor entspricht Aufwand und Dauer des geführten Gesprächs.

Ultraschall- und Blutuntersuchungen

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar (€)
5	Untersuchung, symptombezogen	2,3	10,72
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs (Uterus)	2,3	26,81
420	Ultraschalluntersuchung bis 3 Organe (Ovar re + li)	2,3	21,44 ¹
403	Zuschlag für transkavitär	1,8	15,73
250	Blutentnahme Vene	1,8	4,19
4039	Östradiol	1,15	23,46
4040	Progesteron	1,15	23,46
4026	Luteotropin (LH)	1,15	16,76
4021	FSH	1,15	16,76
4024	HCG	1,15	16,76

Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar (€)
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen – auch telefonisch	1,0	4,08
B	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen in der Zeit zwischen 6 - 8 Uhr oder 20 - 22 Uhr – auch telefonisch	1,0	10,49
C	Zuschlag für erbrachte Leistungen in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr – auch telefonisch	1,0	18,65
D	Zuschlag für erbrachte Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (mit den Zuschlägen B und C kombinierbar) – auch telefonisch	1,0	12,82

¹ je Organ 10,72€