



Personal Information: Patient

It would help us greatly if you would complete and hand in this form before your initial consultation. All information will be treated as strictly confidential.

Name: _____ First name: _____

Name and first name of partner: _____

Address: _____

Date of birth: _____ Age: _____

Telephone (landline): _____ Occupation: _____

Telephone (mobile): _____ Height: _____ cm

Weight: _____ kg

Medical Insurance with: _____ Insurance-Number: _____

Beihilfe: yes no

married to above mentioned partner since: / Not married:

married to different partner:

(Please complete all fields)

Reason for consultation: _____

If wanting to start a family is your reason, please state since when you have been trying: _____ (Month, Year)

Have you had previous medical treatment in this connection ? yes no
If yes, please give details:

Year	Type of Treatment (IUI/IVF/ICSI9	Place of Treatment	Medication (Stimulation)	Resulting pregnancy?

Have your fallopian tubes previously been examined? Yes, _____ (Year) No

If yes , - what methods were used? Ultrasound with contrast agent X-Ray Laparoscopy

- what were the results? Left tube: free obstructed

Right tube: free obstructed



Have you had any previous gynaecological disorders (cysts, salpingitis)? Yes No

If yes, please give details:

Year	Type of disorder	Therapy (Medikation/ Operations)	Where did treatment take place?

Have you previously had any abdominal operations? Yes No

If yes, please give details:

Year	Operation

Have you ever been pregnant? Yes No

If yes, please give details:

Year	With present partner?	After fertility treatment ?	Result ((birth, miscarriage,abortion)

Menstrual cycle background:

At what age did you have your first period? At the age of _____.

Have you used contraceptive measures?

- Yes, from _____ to _____ used _____
from _____ to _____ used _____
from _____ to _____ used _____
(pill, coil, sterilization, etc)
- No

At present, how many days lie between the first day of one period and the first day of the following period (length of your cycles)?

- regular** between _____ and _____ days
- irregular** between _____ and _____ days
- No period** at present (since: _____ days/ weeks/ months)

How long does your regular period last? between _____ and _____ days.

Do you have any complications or discomfort with regard to your period? If so, please state which?

Have you ever measured your basal body temperature to determine your fertile days?

- Yes
- No

First day of your last regular period (date): _____



Own Case History:

Do you smoke? No 1-5 cigs/day 6-15 cigs/day >16 cigs/day

Do you consume alcohol? never seldom occasionally regularly

Do you take drugs? never seldom occasionally regularly

Which drugs? _____

Have you been diagnosed with any of the following conditions?

- Epilepsy
- Abdominal pains
- Kidney complaints
- Liver complaints
- Headaches / Migräne
- Diabetes mellitus insulin dependent not insulin dependent (type 2-) diabetes in your Family
- Cancer /other tumours _____
- Thyroid complaints _____
- other illnesses: _____
- Heart/ circulation/ vascular complaints
- Asthma / cronic bronchitis
- Disease of adrenal gland
- Stomach / Intestine complaints
- Thrombosis/Embolism in yourself/family

Do you suffer from any allergies?

No Yes _____

Do you suffer or have you ever suffered from eating disorder? (Anorexia or Bulimia)

No Yes _____

What medication do you take regularly / at present?

None Yes _____

Do you take any folic acid preparation?

No Yes _____

with Iodine without Iodine



Name / Address of your gynaecologist:

I wish / do not wish him to receive medical colleagues' correspondence concerning my treatment.
(delete as appropriate))

If you wish your family doctor to receive copies of the correspondence, please supply his exact name and address below:

Release of personal data

The employees of the repromedicum and pro Vita GmbH practice are, in like measure as the doctor, bound to observe confidentiality.

I am aware that the Specialized Medical Centre operates using electronic data processing.

I vouch that all information supplied by me is true and accurate to the best of my knowledge and belief.

X.....
Place, Date

X.....
Signature of patient

Please tell us, how did you find out about us?

Gynaecologist Family doctor Internet Friends

Flyer/ Broschures other _____



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



Personal Information: Partner

It would help us greatly if you would complete and hand in this form before your initial consultation.
All information will be treated as strictly confidential.

Name: _____ First Name: _____

Name and First Name of Partner: _____

Address: _____

Date of birth: _____ Age: _____

Telephone (Landline): _____ Occupation: _____

Telephone (mobile): _____ Height: _____

Medical Insurance with: _____ Insurance-Number: _____

Beihilfe: yes no

married to above ment. Partner since: / / not married

married to another partner:

(Please complete all fields)

Own medical history

Do you suffer from any chronic diseases, metabolic or hormone disorders?

No Yes _____

Do you have or have you had any of the following diseases or complaints?

Mumps

Diabetes (insulin dependent not insulin dependent)

High blood pressure

Epilepsy

Cancer / other tumours _____

Thyroid disease: _____

Do you suffer from any allergies?

No Yes _____

Do you take any regular medication?

No Yes _____



Current medical history:

Do you smoke? No 1-5 cigs/day 6-15 cigs/day >16 cigs/day

Do you consume alcohol? never seldom occasionally regularly

Do you take drugs? never seldom occasionally regularly

If yes, which drugs? _____

Have you ever achieved a pregnancy?

No

Yes, with my current partner (in _____ [state year or years])

Yes, with a different partner (in _____ [state year or years])

No, attempts with earlier partner were unsuccessful

Have you already been examined by a urologist / andrologist?

No Yes, with the following results:

Have you undergone sterilization?

No Yes When? _____ Where? _____

Did you, in your childhood, have undescended testicle(s)? No Yes (right left)

When yes, when were you treated? _____ Treatment : Operat. Hormone treatment

Have you had or do you have varicose veins of the testicles (varices)?

No
 Yes - Therapy: _____

Release of personal data

The employees of the repromedicum and pro Vita GmbH practice are, in the same measure as the doctor, bound to observe confidentiality.

I am aware that the Specialized Medical Practice operates using electronic data processing.

I vouch that all information supplied by me is true and accurate to the best of my knowledge and belief.

X.....
Place, Date

X.....
Signature of partner

Please tell us, how did you find out about us?

Gynaecologist Family doctor Internet Friends

Flyer/ Broschures other _____



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 X
Ort, Datum 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€