

Für die Frau

Name, Vorname

Geburtsname

Adresse

Geburtsort

Telefon (Festnetz)

Mobil

E-Mail

Gynäkologe

Krankenkasse

Für den Mann

Name, Vorname

Geburtsname

Adresse

Geburtsort

Telefon (Festnetz)

Mobil

E-Mail

Urologe

Krankenkasse

Sehr geehrtes Patientenpaar,
Sie sind wegen unerfüllten Kinderwunsches in unsere Praxis gekommen. Damit wir für Sie die richtige Therapie in Ihrer individuellen Situation optimal auswählen können, benötigen wir einige Informationen, die im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch stehen.

Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen **möglichst** exakt und vollständig auszufüllen. Sollten Ihnen einzelne Punkte unklar sein, können wir diese sicherlich in dem folgenden persönlichen Gespräch klären.

Patientendaten

Frau: Name, Vorname

Geburtsdatum

Mann: Name, Vorname

Geburtsdatum

Fragebogen

Seit wann wünschen Sie sich ein gemeinsames Kind?

Sind Sie miteinander verheiratet?

Ja

Nein

Falls nein:

Ist einer von Ihnen mit einem anderen Partner/in verheiratet?

Ja

Nein

Seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft?

Jahre

Sind bereits Kinderwunschbehandlungen erfolgt?

Ja

Nein

Falls ja:

Welche?

Wo?

Gab es Komplikationen oder Unverträglichkeiten?

Fragebogen 1/2

Wann war Ihre letzte Periode?

Wie lang ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Blutung (Zyklusdauer)?

zwischen und Tagen

Haben Sie Zwischenblutungen?

Ja Nein

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

NEIN LEICHT MITTEL STARK SEHR STARK

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

Ja, am: Nein

Waren Sie bereits schwanger?

Ja Nein

Falls ja:

Bitte machen Sie genaue Angaben über Zeitpunkt(e) der Schwangerschaft(en), Ausgang der Schwangerschaft(en), Komplikationen und ob diese mit dem jetzigen Partner entstanden sind an.

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

Ja Nein

Falls ja:

Bitte geben Sie an welche und in welchem Jahr.

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

Besteht aktuell eine Erkrankung?

Ja, folgende: Nein

Waren Sie oder sind Sie an einer Gelbsucht/ Hepatitis B oder C erkrankt?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja, folgende: Nein

Fragebogen 2/2

Haben Sie Allergien?

Ja, folgende: Nein

Rauchen Sie?

Ja: Menge pro Tag Nein

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten oder ungewollte Kinderlosigkeit?

Ja, folgende: Nein

Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht an:

 kg

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:

 cm

Beruf:

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass Ergebnisse von Untersuchungen, die im Rahmen der Kinderwunschbehandlung erhoben werden, auch meinem Partner mitgeteilt werden dürfen. Zudem willige ich ein, dass die im Rahmen der Kinderwunschtherapie gesetzlich vorgeschriebene Blutentnahme zum Ausschluss von Hepatitis B, C und HIV erfolgen darf.

Datum, Ort

Unterschrift

Fragebogen

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt? Ja, mit jetziger Partnerin im Jahr: Ja, mit anderer Partnerin im Jahr: Nein

Ist bei Ihnen von einem Andrologen oder Urologen eine Voruntersuchung durchgeführt worden? Ja Nein

Falls ja:

Sind folgende Erkrankungen festgestellt worden? Hodentumor Krampfadern am Hoden Fehlbildung der Samenleiter

Wurde bei dieser Untersuchung ein Spermogramm durchgeführt? Ja Nein

Haben Sie Erektionsstörungen? Ja Nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen? Ja, am: Nein

Falls ja:

wurde später eine Refertilisierung durchgeführt? Ja Nein

Hatten Sie als Kind eine der folgenden Erkrankungen? Hodenhochstand Hodenverletzung Mumps Stieldrehung der Hoden
 Entzündung der Hoden

Besteht aktuell eine Erkrankung? Ja, welche? Nein

Waren Sie oder sind Sie an einer Gelbsucht/ Hepatitis B oder C erkrankt? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja: Menge pro Tag Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja, folgende: Nein

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten oder ungewollte Kinderlosigkeit? Ja, welche? Nein

Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht an: kg

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an: cm

Beruf:

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass Ergebnisse von Untersuchungen, die im Rahmen der Kinderwunschbehandlung erhoben werden, auch meiner Partnerin mitgeteilt werden dürfen. Zudem willige ich ein, dass die im Rahmen der Kinderwunschtherapie gesetzlich vorgeschriebene Blutentnahme zum Ausschluss von Hepatitis B, C und HIV erfolgen darf.

Datum, Ort

Unterschrift

Liebe Patientinnen,
liebe Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig, die Abläufe zum Datenschutz in unserer Praxis werden regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diesem Informationsblatt können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: **VIF -Viernheimer Institut für Fertilität** • Dr. med. Christina Nell & Dr. med. Mareike Vasko • Walter-Gropius-Allee 2 • 68519 Viernheim • Tel.: 06204 918290 • E-Mail: info@vif-kinderwunsch.de. Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: **Mister DATA** • Herr Yilmaz Özdemir • Schwalbenweg 61/1 • 69123 Heidelberg • Mobil: 0176/72711014

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und den Ärztinnen der Kinderwunschpraxis und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, und Ärztekammer sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zu Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund

rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungspflichten ergeben. Im Rahmen der Kinderwunschbehandlung ist eine Aufbewahrung der Daten von 30 Jahren vorgeschrieben, wenn sie dem Transplantationsgesetz unterliegen. Bei Nutzung des Kontaktformulars unserer Homepage zur Anmeldung für den Informationsabend der Praxis werden Ihre Daten nur zur Ermittlung der Anzahl der Besucher benutzt und nach der Veranstaltung gelöscht. Sollten Sie uns Nachrichten per Email senden, gewährleisten wir, dass nur autorisierte Mitarbeiter Zugang zu den Daten haben. Eine Weitergabe der Daten bzw. Unterlagen an Dritte erfolgt nicht per Email. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen, aufgrund der Einhaltung des Datenschutzes, keine Befunde per Email zukommen lassen können.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. 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. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, Email: poststelle@datenschutz.hessen.de

6. Rechtliche Grundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie weitere Fragen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich gerne an uns, oder vertraulich an unseren Datenschutzbeauftragten.

Mit der Unterschrift bestätigt die unterschreibende Person, die Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen und verstanden zu haben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Ort	Name, Vorname	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Ort	Name, Vorname	Unterschrift