

Patienteninformation zum Datenschutz 4.3.2 Version1

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
PD Dr. med. Stefanie Volz- Köster & Dr. med. Christina Nell
Walter- Gropius- Allee 2
68519 Viernheim
Tel.: 06204 918290
E- Mail: info@vif-kinderwunsch.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Firma ASUMED
Herr Yilmaz Özdemir, Mobil: 0171/7497379
Anschrift: Von-Hausen-Straße 35, 64653 Lorsch

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, Therapievorschlüsse 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 berechnete 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 Grundlagen

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.

Ihr VIF- Team

Information zum Datenschutz

Die Patienteninformation zum Datenschutz (4.3.2, Version1) habe ich gelesen und verstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Name, Vorname.....

Unterschrift

Information zum Datenschutz

Die Patienteninformation zum Datenschutz (4.3.2, Version1) habe ich gelesen und verstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Name, Vorname.....

Unterschrift

Datenerhebung von Patienten mit einer privaten Versicherung bzw. als Selbstzahler Leistung

Krankenkasse : _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel : _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Festnetznummer: _____

Handynummer: _____

E- Mail: _____

Anschrift von Gynäkologe bzw.Urologe: _____

Datenerhebung von Patienten mit einer privaten Versicherung bzw. als Selbstzahler Leistung

Krankenkasse : _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel : _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Festnetznummer: _____

Handynummer: _____

E- Mail: _____

Anschrift von Gynäkologe bzw.Urologe: _____

Patienteninformation- Infektionen in der Schwangerschaft

Liebe Patientin,

vor einer geplanten Schwangerschaft ist es sinnvoll zu überprüfen, ob Schutz (Immunität) gegenüber bestimmten Infektionskrankheiten besteht. Bei einigen Infektionskrankheiten lässt sich durch Impfungen eine ausreichende Immunität erzielen (wie Mumps, Masern, Röteln, Windpocken), bei anderen Infektionserkrankungen helfen bei fehlender Immunität bestimmte Verhaltensweisen eine Infektion zu vermeiden (z.B. Cytomegalie, Ringelröteln).

Bitte lassen Sie daher bei Ihrer Frauenärztin/ Frauenarzt oder Ihrem Hausarzt/ Betriebsarzt durch Vorlage Ihres Impfausweises Ihren Impfschutz überprüfen und ggf. durch eine erneute Impfung auffrischen.

Bevor Sie mit einer Kinderwunschbehandlung in unserer Praxis beginnen, ist der Nachweis einer Rötelnimmunität (Impfausweis mit zwei nachgewiesenen Rötelnimpfungen oder ein Rötelnachweis mit ausreichendem Antikörpertiter) dringend zu empfehlen. Sollte dies nicht gegeben sein, empfehlen wir Ihnen die Durchführung einer Impfung.

Falls kein Impfpass vorliegt oder keine zwei Impfungen dokumentiert sind, ist es möglich, mittels einer Blutentnahme den Impfschutz zu überprüfen. Diese Leistung wird nicht von der Krankenkasse übernommen und beträgt 28,91 Euro.

- Ich bin mit der Bestimmung meines Rötelntiters einverstanden
 Ich lehne die Bestimmung meines Rötelntiters erstmal ab und bringe einen Rötelnachweis zum nächsten Termin mit

Gerne können wir für Sie auch weitere Infektionskrankheiten(s. o) abklären lassen, bitte sprechen Sie uns an.

Vor- und Nachname in Druckbuchstabe

Datum, Unterschrift

Ihr VIF – Team

Von Praxis auszufüllen:

- Rötelnachweis liegt vor (_____ Impfungen; _____ Titer)
 Kein Rötelnachweis vorhanden

Informationsblatt für Kinderwunschaare und Schwangere

– das Zikavirus-

2.1.22 (Vers.1)

in Anlehnung an Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) möchten wir Ihnen einige Informationen über das Zikavirus geben (Stand September/Okttober 2016)

Was ist das Zikavirus

Das Zikavirus wird meist von Mücken übertragen, vor allem vermutlich von der Gattung Aedes. In einigen Fällen ist das Virus auch auf sexuellem Weg übertragen worden. Ausgehend von Männern ist eine Übertragung auch noch Wochen und Monate nach der Infektion möglich. Es ist noch nicht abschließend geklärt, wie lange das Virus im Sperma überdauern kann.

Die Symptome einer Zikavirusinfektion sind Hautauschlag, Kopf-, Gelenk-, und Muskelschmerzen, Bindehautentzündung und manchmal Fieber. Verglichen mit anderen tropischen, mückenübertragenden Erkrankungen werden diese aber als milder ausgeprägt beschrieben.

Bei Schwangeren kann das Virus zu verschiedenen Hirnfehlbildungen des ungeborenen Kindes führen, insbesondere, wenn sich die Mutter im ersten Schwangerschaftsdrittel infiziert. Dies hat schwere neurologische Ausfälle zur Folge.

Welche Länder sind aktuell vom Zikavirus betroffen?

Seit 2015 hat sich das Virus in mehr als 40 Ländern in Mittel- und Südamerika ausgebreitet, auch in Süd-Florida wurden offenbar durch Mücken übertragene Fälle registriert. Derzeit werden auch Fälle aus Südostasien gemeldet, unter anderem Thailand, auf den Philippinen, in Malaysia und auf den Malediven, sowie aus den tropischen Regionen Afrikas und bei Reiserückkehrern von dort.

Empfehlungen für Paare mit Kinderwunsch und Schwangere:

In Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut empfehlen das Auswärtigen Amt und die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin (DTG) Frauen, die schwanger werden wollen und schwangeren

Frauen, Reisen in Zikavirus-Ausbruchgebiete zu vermeiden, da das Risiko frühkindlicher Fehlbildungen besteht.

Vor Antritt einer Reise sollte sich die Schwangere oder das Kinderwunschpaar dringend von einem Tropen- oder Reisemediziner mit Kenntnis der jeweiligen aktuellen Situation beraten lassen

Da eine sexuelle Übertragung möglich ist (ausgehend vom Mann) , empfiehlt die WHO Schwangeren deren Partner aus einem Zikavirusgebiet zurückgekehrt ist, den Gebrauch von Kondomen bis zum Ende der Schwangerschaft.

Paare sollten nach Reiserückkehr aus einem betroffenen Gebiet mindestens 6 Monate auf eine Schwangerschaft verzichten, wenn sich der Mann in einem betroffenen Gebiet aufgehalten hat und 1 Monat, wenn sich die Frau in einem betroffenen Gebiet aufgehalten hat.

Das bedeutet, dass mit einer Kinderwunschbehandlung frühestens nach dieser Zeit begonnen werden kann.

Diese Empfehlungen gelten unabhängig davon, ob die Reiserückkehrer Symptome aufweisen oder nicht.

Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an.

Ihr VIF-Team

Patientin:

Vorname, Nachname, Geburtsdatum _____

Hiermit bestätige ich, den Inhalt des Informationsblattes über das Zikavirus für Kinderwunschpaare und Schwangere (Version1) gelesen und verstanden zu haben.

.....

Datum, Unterschrift Patientin

Diese Seite betrifft die Frau, die sich in Behandlung geben möchte

Wann war Ihre letzte Periode?

Wie lang ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Blutung (Zyklusdauer)? 0 zwischen und Tagen

Haben Sie Zwischenblutungen? 0 ja 0 nein

Haben Sie Schmerzen während der Periode? 0 nein 0 leicht 0 mittel 0 stark

Haben Sie sich sterilisieren lassen? 0 ja, wann..... 0 nein

Waren Sie bereits schwanger? 0 ja 0 nein

Wenn ja, bitten wir Sie um genaue Angaben über Zeitpunkt(e) der Schwangerschaft(en), Ausgang der Schwangerschaft(en), Komplikationen und ob diese mit dem jetzigen Partner entstanden sind.

.....
.....

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

0 nein 0 ja, welche und wann (Jahr)?

.....

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Jahr)

Besteht aktuell eine Erkrankung? 0 nein 0 ja, welche

Waren Sie oder sind Sie an einer Gelbsucht/Hepatitis B oder C erkrankt? 0 nein 0 ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? 0 nein 0 ja, welche

Haben Sie eine Allergie? 0 nein 0 ja, welche

Rauchen Sie? 0 nein 0 ja, wieviel (Anzahl/Tag)

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten oder ungewollte Kinderlosigkeit?

0 nein 0 ja, welche

Gewicht..... Größe

Beruf

Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse von Untersuchungen, die im Rahmen der Kinderwunschbehandlung erhoben werden, auch meiner Partnerin mitgeteilt werden dürfen.

Unterschrift:

Diese Seite betrifft die Partnerin

Waren Sie bereits schwanger? 0 nein 0 ja, wann

Besteht aktuell eine Erkrankung? 0 nein 0 ja, welche

Waren Sie oder sind Sie an einer Gelbsucht/Hepatitis B oder C erkrankt? 0 nein 0 ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? 0 nein 0 ja, welche

Haben Sie eine Allergie? 0 nein 0 ja, welche

Rauchen Sie? 0 nein 0 ja, wie viel (Anzahl/Tag)

Gewichtkg Größecm

Beruf:

Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse von Untersuchungen, die im Rahmen der Kinderwunschbehandlung erhoben werden, auch meiner Partnerin mitgeteilt werden dürfen.

Unterschrift: