



Allgemeine Informationen der Patientin (Frau)

Name

Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Handy

E-Mail

Beruf

geboren am

Alter:

Größe/ Gewicht

cm

kg

Versicherung

gesetzlich

privat

Bundeswehr

Beihilfe:

Hamburg/Niedersachsen

Schleswig-Holstein/Bremen

Sonstige:

Sind Sie nach deutschem Recht verheiratet?

Ja

Nein

Name Partner*in: _____

Geb.: _____

Wenn nein: Sind Sie mit einem anderen Partner*in verheiratet?

Ja

Nein

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Telefon/Handy

Anrufbeantworter/ Mailbox

Mail

SMS

Post

Frauenarzt/Frauenärztin: _____

Gynäkologische Gesundheitsinformation

In welchen Abständen bekommen Sie Ihre Regelblutung?

Etwa 1x im Monat

kürzer als 25 Tage

länger als 35 Tage

nie

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung? _____

Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?

1-2 Tage

3-6 Tage

länger als 6 Tage

Treten Schmierblutungen auf?

Ja

Nein

Vor der Blutung

nach der Blutung

zwischendurch

Haben Sie während der Regelblutung Schmerzen / Beschwerden?

Ja

Nein

Haben Sie unabhängig von der Regelblutung Unterbauchschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, müssen Sie Schmerzmittel nehmen?

Ja

Nein

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Wasserlassen oder Stuhlgang?

Ja

Nein

Wann war die letzte Routinevorsorge beim Frauenarzt? _____

Bis wann haben Sie aktiv verhütet? _____

Ist jemals eine Spirale gelegt worden?

Ja

Nein

Ist bei Ihnen jemals eine Entzündung des Unterleibs behandelt worden?

Ja

Nein



Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

- Akne Ja Nein
 Verstärkter Haarausfall Ja Nein
 Zunahme der Körperbehaarung Ja Nein
 Ausfluss aus der Brustwarze Ja Nein

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte weitere Angaben:

Geburt (Monat / Jahr)	/	/	/	/
- vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Kaiserschnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlgeburt (Monat / Jahr)	/	/	/	/
- mit Ausschabung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ohne Ausschabung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abbruch (Monat / Jahr)	/	/	/	/
Eileiterschwangerschaft (Monat / Jahr)	/	/	/	/
Schwangerschaftseintritt				
- natürlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- mit medizinischer Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaft durch				
- jetzigen Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- früheren Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Spender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist bereits eine Überprüfung der Eileiter mit Kontrastmittel (per Ultraschall oder per Operation) erfolgt?

- Nein
 Ja: Eileiter durchgängig?
↳ Ja Nein: Verschluss: rechts links

Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Nein Ja:

	Anzahl	Schwangerschaft
Vorbehandlung mit anschließendem Verkehr zum Eisprung		
Vorbehandlung mit anschließender Insemination (IUI)		
In-Vitro-Fertilisation (IVF)		
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)		
Transfer von eingefrorenen Embryonen (Kryotransfer)		
Social Freezing / Fertiprotekt		



Allgemeine Gesundheitsinformationen

Sind oder waren Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

	Ja	Nein	Behandelnder Arzt
Hormonelle Erkrankungen (Schilddrüsenerkrankung o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Thrombose / Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Insulinresistenz / Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autoimmunerkrankungen (Rheuma, M.Crohn o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige:			

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? Nein Ja:

Operation	Wann ?	Wo ?

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?

	Ja	Nein
Thrombose / Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall		
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonelle Erkrankungen (Schilddrüsenerkrankung o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wiederholte Fehlgeburten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:		



Sind Allergien bekannt?

- Nein Ja: _____

Welche Medikamente oder Vitaminpräparate nehmen Sie regelmäßig?

- keine Ja: _____

Rauchen Sie?

- Nein gelegentlich täglich weniger als 10 Zigaretten täglich mehr als 10 Zigaretten

Alkoholgenuss?

- nie/ sehr selten Mehrmals pro Woche täglich

Nutzen Sie andere Genussmittel/Drogen?

- Cannabis andere: _____

Was sind Ihre Wünsche oder auf was legen Sie besonders großen Wert während Ihrer Behandlung bei uns? Gibt es etwas auf das wir achten sollten? Gibt es Besonderheiten, auf die wir Rücksicht nehmen sollten?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Frauenarzt | <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Heilpraktiker |
| <input type="radio"/> Familie/Freunde/Bekannte | <input type="radio"/> Flyer/Broschüre | <input type="radio"/> Instagram |
| <input type="radio"/> Google | <input type="radio"/> Facebook | <input type="radio"/> Sonstige |

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in dem Anamnese-Fragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werde ich diese den behandelnden Ärzten unverzüglich mitteilen.

Hamburg, den _____ Datum _____ Name in Druckbuchstaben _____ Unterschrift



Einwilligung zur Erhebung, Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten

I. Datenübermittlung zwischen Hausarzt/Facharzt und Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)

- Ich willige ein**, dass das Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR die uns betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ärzte (Vorbehandler/ Weiterbehandler/ sonstige Behandler) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.
- Ich willige ein**, dass das Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR die bei meinen Vorbehandlern / Weiterbehandlern / sonstigen Behandlern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
- Ich lehne ab**, dass das Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR mit Vorbehandlern / Weiterbehandlern /sonstigen Behandlern Behandlungsdaten und Befunde austauscht.

II. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht innerhalb der Partnerschaft

- Hiermit entbinde ich - bis auf Widerruf - die Ärzte** des Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynaekologikum Hamburg Medizinisches Versorgungszentrum GbR von der ärztlichen Schweigepflicht innerhalb der Partnerschaft und erlauben somit den Ärzten, Befunddaten und Auskunft über den Gesundheitszustand beider Partner an beide Partner zu übermitteln (mündlich, z.B. am Telefon, oder schriftlich) und/oder auf Wunsch Einsicht in die Krankenakte zu nehmen.

III. Übermittlung der Daten an private Krankenversicherungen und/oder ggf. Beihilfe

- nichtzutreffend** (beide Partner sind gesetzlich versichert)
- Ich willige ein**, dass Befundergebnisse und Behandlungsdaten des einen Partners an die private Versicherung und oder Beihilfe des jeweils anderen Partners übermittelt werden dürfen, so diese Daten von der Versicherung und/oder Beihilfe angefragt werden, um die Leistungspflicht nach Versicherungsvertrag (Indikation zur Behandlung und Aussicht auf Erfolg) zu prüfen.
- Ich lehne ab**, dass Befundergebnisse und Behandlungsdaten des einen Partners an die private Versicherung und/oder Beihilfe des jeweils anderen Partners übermittelt werden dürfen.

Hamburg, den _____

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift



Patienteninformation und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte(r) Patient(in),
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.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist bei uns Prof. Dr. M.S. Kupka, Partner in unserer Praxis.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Ärztin/ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen die Krankengeschichte (Anamnesen), Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, 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.

Die Kommunikation via E-Mail ist prinzipiell möglich, jedoch ist die Kommunikation in der Regel nicht sicher. Wir empfehlen deshalb unsere e-Services zum sicheren Austausch von Dokumenten und Informationen. Sie können sich dazu bei uns anmelden.

Medizinische Berichte, Behandlungspläne etc. können wir nicht per Email versenden.

Wenn Sie medizinische Berichte, Behandlungspläne etc. an uns per Email senden wollen, können wir keine Garantie für den Datenschutz übernehmen.

Die Zentren für Reproduktionsmedizin in Deutschland beteiligen sich aus gesetzlichen, behördlichen und wissenschaftlichen Gründen an Datensammlungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin.

Aus behördlichen Gründen sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet, die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSReproMed bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus wissenschaftlichen Gründen werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt, beispielsweise vom - Deutschen IVF Register e.V. (D.I.R, www.deutsches-ivf-register.de) und von Netzwerk FertiPROTEKT e.V. (www.fertiprotekt.com).

Aus Gründen der Qualitätssicherung, von der alle Patienten profitieren, werden ein Teil des D.I.R – und FertiPROTEKT-Datensatzes an QSReproMed an die Ärztekammer Schleswig-Holstein weitergeleitet. Dies ist eine Initiative der Qualitätssicherung der meisten Bundesländer und geht von den jeweiligen Ärztekammern aus.

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym.

Die Datensammlung selber ist pseudonymisiert, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikationsnummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird.

Um die aufwändige Eingabe der erhobenen Daten für die drei Register QSReproMed, D.I.R und FertiPROTEKT möglichst effizient zu gestalten, wurde ein gemeinsamer Datensatz entwickelt. Jedes Register bekommt nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Weiterleitung der Daten erfolgt ebenfalls in verschlüsselter Form.

Teilnahme an CGM LIFE (Kommunikation und Datenaustausch mit dem Kinderwunschzentrum)

Sie können sich für unsere sichere Software-Lösung zum Dokumentenaustausch registrieren lassen.



Dazu wird Ihr persönlicher CGM LIFE Key Zugang bei der CompuGroup Medical Deutschland AG (CGM DE AG) erstellt. Gerne geben wir Ihnen dazu ein separates Aufklärungsschreiben.

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, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen sowie zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Auf die Übermittlung von Daten zur Qualitätssicherung wurde bereits eingegangen.

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 Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit 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 Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Klosterwall 6 (Block C), D - 20095 Hamburg.

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.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Text verstanden habe. Alle unklaren Punkte konnte ich ansprechen und wurden erklärt. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich stimme dem Inhalt der Aufklärung zu.

Hamburg, den _____

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift