

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie herzlich Willkommen im Kinderwunschzentrum Magdeburg und bedanken uns für ihr Vertrauen. Gerne begleiten wir Sie auf ihrem Weg zum Wunschkind.

Unser Anspruch ist es, Ihre Therapie auf der Basis eines vertrauensvollen Miteinanders zu führen. Auf dieser Basis werden alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen ergriffen und Befunde mit Ihnen besprochen, um die für Sie optimalen Therapie durchführen zu können.

In diesem Sinne möchten wir Sie gerne um die Beachtung folgender Punkte bitten:

- Bitte füllen Sie den Anamnesebogen gut leserlich möglichst in Blockschrift aus.
- Bitte beantworten Sie die unten gestellten Fragen wahrheitsgemäß und möglichst vollständig.
- Bitte setzen Sie uns über Allgemeinerkrankungen während der Therapie, z.B. grippaler Infekt, in Kenntnis.
- Bitte vermeiden Sie die Einnahme von (nicht therapie relevanten) Medikamenten und reduzieren oder vermeiden Sie möglichst Alkohol- und Nikotinkonsum.
- Im Rahmen einer jeden Kinderwunschbehandlung ist eine eindeutige Identifizierung des Paares durch den Personalausweis erforderlich. Bitte vergessen Sie nicht, diesen zum Termin mitzubringen.**

Wir erklären uns bereit, Änderungen der Krankenkasse, Adresse oder Telefonnummer unverzüglich der Praxis mitzuteilen.

Patientenangaben

Frau	Mann
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel. Privat (oder Handy):	Tel. Privat (oder Handy):
Terminerinnerung per SMS: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bezieht sich nur auf Befundauswertung und Spermogramm)</i>	Terminerinnerung per SMS: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bezieht sich nur auf Befundauswertung und Spermogramm)</i>
Email:	Email:
Krankenversicherung:	Krankenversicherung:
Gynäkologe:	Urologe:
Empfehlung durch: <input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde <input type="checkbox"/> Überweiser <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Medien <input type="checkbox"/> _____	
Verheiratet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch in anderer Partnerschaft verheiratet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Größe cm Gewicht kg	Größe cm Gewicht kg
Nikotin: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Anzahl/Tag	Nikotin: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Anzahl/Tag
Alkohol: nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>	Alkohol: nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>
Kinderwunsch seit:	Entfernung Praxis / Wohnort ca. _____ km

Magdeburg, _____ Datum Frau _____ Mann _____



Zyklusanamnese Frau

<p>Erste Regelblutung im Alter von ca _____ Jahren 1. Tag der letzten Regel: _____</p> <p>Blutungsrythmus:(Abstand 1. Tag der Regel bis 1.Tag der nächsten Regel)</p> <p><input type="radio"/> regelmäßig, zwischen ____ und ____ Tagen</p> <p><input type="radio"/> unregelmäßig zwischen _____ und _____ T/W/M</p> <p><input type="radio"/> keine Regelblutungen mehr seit _____</p>	<p>Dauer der Regelblutung: _____ Tage <input type="radio"/> Zwischenblutungen</p> <p>Blutungsstärke: <input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark</p> <p>Regelschmerzen: Auf einer Scala von 0 keine bis 10 stark 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>																																						
<p>Frühere Verhütungsmethoden:</p> <p>Pilleneinnahme <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja von _____ bis _____</p> <p>Spirale <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja von _____ bis _____</p>	<p>letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Frauenarzt: Datum: _____</p> <p>Bitte letzten Pap-Befund vorlegen!</p>																																						
<p>Schwangerschaften? <input type="radio"/> nein</p>																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jahr</th> <th rowspan="2">Geburt</th> <th rowspan="2">Eileiter-SS</th> <th rowspan="2">Fehlgeburt/S SW</th> <th rowspan="2">Abbruch/SSW</th> <th colspan="2">dieser Partner</th> <th rowspan="2">spontan</th> <th rowspan="2">Behandlung.</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/S SW	Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.	Ja	Nein																											
Jahr	Geburt						Eileiter-SS	Fehlgeburt/S SW			Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.																								
		Ja	Nein																																				

Frau

Mann

<p>Familienkrankengeschichte:</p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Familienkrankengeschichte:</p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>Mumps/Ziegenpeter _____</p>
<p>Eigene Erkrankungen:</p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit: _____</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p><input type="radio"/> Seelische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Allergien: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> andere Erkrankungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Eigene Erkrankungen:</p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit: _____</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p><input type="radio"/> Seelische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Allergien: _____</p> <p><input type="radio"/> Hodenhochstand _____</p> <p><input type="radio"/> Mumps/Ziegenpeter _____</p> <p><input type="radio"/> Krampfadern am Hoden _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Frau

Mann

Medikamente <input type="radio"/> Keine Name Dosis Indikation _____ _____ _____			Medikamente <input type="radio"/> Keine Name Dosis Indikation _____ _____ _____		
Operationen <input type="radio"/> Keine Jahr Klinik OP _____ _____ _____			Operationen <input type="radio"/> Keine Jahr Klinik OP _____ _____ _____		
Bisherige Diagnostik <input type="radio"/> Keine Jahr Praxis/Klinik Diagnose _____ _____ _____			Bisherige Diagnostik <input type="radio"/> Keine Jahr Praxis/Klinik Diagnose _____ _____ _____		
Bisherige Therapie <input type="radio"/> Keine Jahr Praxis/Klinik Therapie _____ _____ _____			Bisherige Therapie <input type="radio"/> Keine Jahr Praxis/Klinik Therapie _____ _____ _____		
			Schwangerschaften erzielt: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein mit dieser Partnerin <input type="radio"/> _____ mit anderer Partnerin <input type="radio"/> _____		
Wie häufig haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr? <input type="radio"/> ca. ____mal pro Woche oder ca. _____mal pro Monat <input type="radio"/> nur um den Eisprung herum <input type="radio"/> in letzter Zeit gar nicht Bemerkungen:					
Sonstiges: 					



Erklärung zu verschiedenen Maßnahmen vor einer Kinderwunschtherapie:

Patientin:

Patient:

Einverständniserklärung zum HIV-Test

Gemäß den Richtlinien über Kinderwunschbehandlung ist vor einer Behandlung ein HIV-Test erforderlich.

Durch Unterschrift erklärt sich das oben genannte Paar mit der Durchführung eines HIV-Tests durch das Kinderwunschzentrum einverstanden.

Magdeburg, _____

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient

Aufklärung über die Notwendigkeit von zwei Rötelnimpfungen

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Empfehlung der STIKO des Robert- Koch-Institutes ausführlich aufgeklärt wurde. Demnach ist nur nach zwei dokumentierten Rötelnimpfungen eine Rötelnimmunität vorhanden. Ist nur eine Rötelnimpfung dokumentiert, muss die zweite Impfung zeitnah und unter Verhütung nachgeholt werden. Der Nachweis von Antikörpern allein zählt nicht als Nachweis einer sicheren Immunität.

1.) Ich wünsche die erforderliche Rötelnimpfung ja nein

2.) Ich wünsche keine Rötelnimpfung,

da ich einen Impfnachweis für 2 Impfungen besitze.

da ich die Rötelnimpfung prinzipiell ablehne.

Magdeburg, _____
Datum

Unetrschrift Patientin

Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Kinderwunschzentrum Magdeburg, Dr. med. E. Richter, Michael-Lotter-Str. 7, 39108 Magdeburg

Name Patientin		
Name Patient		

Sehr geehrte Patientin und Patient,

im Zuge einer optimalen Betreuung informieren wir Ihren überweisenden Arzt über Ihre Behandlung.

Befundübermittlung an überweisenden Arzt:

Bei der Frau ausschließlich Gynäkologe

Name / Ort

Beim Mann Urologe oder

Hausarzt

Name / Ort

Name / Ort

Ich stimme einer entsprechenden Befundübermittlung zu.

Nur im Falle einer Ablehnung: Gynäkologe nein
Urologe nein
Hausarzt nein

Jede Arztänderung ist uns bekanntzugeben. Die Daten können Widerrufen werden.

Magdeburg, _____

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient



Name, Vorname

Name, Vorname

geb.Datum

geb.Datum

Straße/Nr..

Straße/Nr..

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

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

Aus **gesetzlichen Gründen** sind das die Vorgaben des Samenspenderregistergesetzes und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonenschutzgesetz) ergeben.

Aus **berufsrechtlichen Gründen** und aus **Gründen der externen Qualitätssicherung** sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet, die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSReproMed (www.qsrepromed.de) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D-I-R - Deutsches IVF-Register eV (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk eV (www.fertiprotekt.com).

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.**

ENTSCHEIDUNG - EINWILLIGUNG (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit willigen wir in die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten an die wissenschaftlichen Register (Deutsches IVF - Register und Netzwerk FertiPROTEKT) und an QSReproMed der Ärztekammer gemäß obiger Erläuterung ein!

Umseitig aufgeführte Informationen und unsere Rechte haben wir zur Kenntnis genommen. Wir sind über die Möglichkeit informiert, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen zu können.

Hiermit lehnen wir die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten ab!

Magdeburg, den _____

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient



Deutsches IVF Register (D-I-R),

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Lise-Meitner-Straße 14, D-40591 Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211 913 84800; Fax: +49 (0)211 913 848 01; E-Mail: geschaefsstelle@deutsches-ivf-register.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Nordrhein-Westfalen, Postfach 200444, D-40102 Düsseldorf

Tel.: +49 (0)2 11 384 24-0; Fax: +49 (0) 2 11 384 24-10; E-Mail: poststelle@ldlnrw.de

FertiPROTEKT Netzwerk e.V.

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Weißdornweg 17, D-35041 Marburg/Lahn

Tel.: +49 (0) 6420 3050583; E-Mail: info@fertiprotekt.com

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 3163,

D-65021 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 1114080; Fax: +49 (0) 6 111408-900; E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Ärztchammer Schleswig-Holstein

Präsident (Verantwortlicher): Dr. med. Franz Joseph Bartmann

Bismarckallee 8 -12, D-23795 Bad Segeberg

Tel.: +49 (0) 4551 803 0; Fax: +49 (0) 4551 803 101; E-Mail: info@aecksh.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 71 16,
D-24171 Kiel

Tel.: +49 (0) 4 31988-1200; Telefax: +49 (0)4 31 988-1223; E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de

Rechte des Betroffenen:

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens der Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17 DSGVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) oder eines Widerspruchs gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Sie können die Einwilligung jederzeit gegenüber den Verantwortlichen ohne Angabe von Gründen widerrufen (Art. 7 DSGVO). Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.

Sie haben das Recht der Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 15 DSGVO).