



Anamnesebogen (gesundheitliche Vorgeschichte)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig in **Druckbuchstaben** aus!

WICHTIG: Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfausweis, letzte Befunde und aktuelle Krebsvorsorge mit.

Angaben der Frau

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Frauenarzt / Internet / Zeitung / Freunde / _____
Name, Vorname ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Größe und Gewicht:	_____, _____ m / _____ kg
Seit wann besteht der Kinderwunsch?	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten	_____ / _____ / _____
Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie verheiratet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? (alle 26-35 Tage mit einer Blutung von 3-5 Tagen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern aller _____ Monate <input type="checkbox"/> ohne Medikamente nie: _____
Besonderheiten zur Blutung:	<input type="checkbox"/> sehr lang <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft
Ihre letzte Periode war am:	_____ / Zykluslänge: _____ Tage
Haben Sie verhütet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit Pille <input type="checkbox"/> Ja, mit Spirale von _____ bis _____
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca. _____ / Woche ca. _____ / Monat
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ pro Tag

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden
 Prager Str. 8a
 01069 Dresden
 Telefon: +49 (0) 351 5014000
 Telefax: +49 (0) 351 50140028
www.ivf-dresden.de

<p>Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?</p> <p>Ergebnis:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, wann: _____</p> <p><input type="checkbox"/> per Ultraschall mit Kontrastmittel</p> <p><input type="checkbox"/> per Bauchspiegelung</p> <p>Linker Eileiter</p> <p><input type="checkbox"/> durchgängig</p> <p><input type="checkbox"/> verschlossen</p> <p>Rechter Eileiter</p> <p><input type="checkbox"/> durchgängig</p> <p><input type="checkbox"/> verschlossen</p>
<p>Vorerkrankungen:</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere</p> <p><input type="checkbox"/> Thromboseneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Blutungsneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Migräne</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>
<p>Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Bisherige Operationen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende _____</p>
<p>Haben Sie Allergien?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche _____</p>
<p>Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welches _____</p>

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden
 Prager Str. 8a
 01069 Dresden
 Telefon: +49 (0) 351 5014000
 Telefax: +49 (0) 351 50140028
www.ivf-dresden.de

<p>Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlgeburten</p> <p><input type="checkbox"/> Früh- / Totgeburten</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben</p> <p><input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zystische Fibrose (Mukoviszidose)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: _____</p>																		
<p>Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei folgenden Personen inkl. Krebsart:</p>																		
<p>Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgenden Behandlungen wurden durchgeführt:</p> <table data-bbox="735 1084 1453 1335"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insemination</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ICSI</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kryotransfer</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Stimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kryotransfer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Stimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> IVF (Punktionen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Kryotransfer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																	
<p>Gab es bei einer IVF-/ICSI-Behandlung Komplikationen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende</p> <p><input type="checkbox"/> Überstimulation der Eierstöcke</p> <p><input type="checkbox"/> Blutungen</p> <p><input type="checkbox"/> Infektionen</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>																		
<p>Datum letzte Krebsvorsorge:</p>																			

Datum, Ort

Unterschrift



Anmeldeformular Frau

Name, Vorname:		Beruf:	
Geb.-datum/ -ort:		Mobilnummer:	
PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:			
E-Mail-Adresse:			
behandelnder Gynäkologe: Name und Adresse			
Befundbericht an Gynäkologen gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet mit Behandlungspartner	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Anderweitig verheiratet
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert		

Erklärung der Privatpatientin (falls zutreffend):

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatientin in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996 und wird nach dem 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung gestellt. Zudem können einzelne Leistungen grundsätzlich mit dem 3,5-fachen Gebührensatz berechnet werden.

Wenn beide Partner an einem Beratungsgespräch zur Kinderwunschbehandlung teilnehmen, erfolgt eine Abrechnung für jeden Partner. Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht vom Kinderwunschzentrum Dresden selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

Einverständnis unverschlüsselte E-Mail

Hiermit willige ich gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden in die Übermittlung mich betreffender Befunde und Arztbriefe per unverschlüsselter E-Mail ein und entbinde die mich behandelnden Ärzte des Kinderwunschzentrums Dresden diesbezüglich von Ihrer Schweigepflicht. Ich versichere, dass ich entweder alleinigen Zugriff auf das genannte E-Mail-Postfach habe oder aber mit dem Zugriff durch andere Personen - die dadurch die Befunde einsehen können - einverstanden bin.

Ich stimme zu: Ich stimme nicht zu: **Schweigepflichtentbindung und Erhebung und Übermittlung von Patientendaten**

damit wir Sie gemeinsam mit Ihrem Partner im Kinderwunschzentrum Dresden behandeln können, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrem Partner die Befunde besprechen sowie Behandlungen und sich daraus ergebende Konsequenzen, Termine und sonstige Informationen mitteilen können. Dazu ist es unbedingt erforderlich, dass Sie sich gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden, ebenso Ihre mitbetreuenden Ärzte, damit wir unbedingt notwendige Informationen und Behandlungsdaten mit den Kollegen austauschen können, insbesondere Untersuchungsbefunde. Im Rahmen der Terminverwaltung wird das System des Auftragsverarbeiters Doctolib genutzt.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunschzentrum Dresden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Partner sowie meiner mitbetreuenden externen Ärzte/-innen.

Weiterhin bestätige ich, dass die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht aushängt und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Dresden meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können. Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnose und Behandlung erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin



Anamnesebogen (gesundheitliche Vorgeschichte)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig in **Druckbuchstaben** aus!

WICHTIG: Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfausweis, letzte Befunde und aktuelle Krebsvorsorge mit.

Angaben des Mannes

Name, Vorname ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:	
Größe und Gewicht:	____, ____ m / _____ kg
Haben Sie bereits Kinder:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus dieser Beziehung <input type="checkbox"/> Ja, aus anderer Beziehung
Rauchen Sie:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag
Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit Normalbefund <input type="checkbox"/> Ja, mit auffälligem Befund
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Sonstige Erkrankungen oder Operationen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Hatten Sie eine Hodenverletzung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende (mit MM/JJ): _____

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden
 Prager Str. 8a
 01069 Dresden
 Telefon: +49 (0) 351 5014000
 Telefax: +49 (0) 351 50140028
www.ivf-dresden.de

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit folgender Therapie: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Hormontherapie <input type="radio"/> Operationen
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <u> MM/JJJJ </u>
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne OP <input type="checkbox"/> Ja, mit OP: <u> MM/JJJJ </u>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh- / Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Zystische Fibrose (Mukoviszidose) <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: _____
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgenden Personen inkl. Krebsart:
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende Behandlung(en) wurde(n) durchgeführt:

Ort, Datum

Unterschrift



Anmeldeformular Mann

Name, Vorname:		Beruf:	
Geb.-datum/ -ort:		Mobilnummer:	
PLZ, Ort, Straße/Hausnr.:			
E-Mail-Adresse:			
behandelnder Urologe: Name und Adresse			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet mit Behandlungspartner <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Anderweitig verheiratet		
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert		

Erklärung der Privatpatientin (falls zutreffend):

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatientin in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996 und wird nach dem 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung gestellt. Zudem können einzelne Leistungen grundsätzlich mit dem 3,5-fachen Gebührensatz berechnet werden.

Wenn beide Partner an einem Beratungsgespräch zur Kinderwunschbehandlung teilnehmen, erfolgt eine Abrechnung für jeden Partner. Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht vom Kinderwunschzentrum Dresden selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgen, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

Einverständnis unverschlüsselte E-Mail

Hiermit willige ich gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden in die Übermittlung mich betreffender Befunde und Arztbriefe per unverschlüsselter E-Mail ein und entbinde die mich behandelnden Ärzte des Kinderwunschzentrums Dresden diesbezüglich von Ihrer Schweigepflicht. Ich versichere, dass ich entweder alleinigen Zugriff auf das genannte E-Mail-Postfach habe oder aber mit dem Zugriff durch andere Personen - die dadurch die Befunde einsehen können - einverstanden bin.

Ich stimme zu: Ich stimme nicht zu:

Schweigepflichtentbindung und Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

damit wir Sie gemeinsam mit Ihrem Partner im Kinderwunschzentrum Dresden behandeln können, ist es notwendig, dass wir mit Ihnen und Ihrem Partner die Befunde besprechen sowie Behandlungen und sich daraus ergebende Konsequenzen, Termine und sonstige Informationen mitteilen können. Dazu ist es unbedingt erforderlich, dass Sie sich gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden, ebenso Ihre mitbetreuenden Ärzte, damit wir unbedingt notwendige Informationen und Behandlungsdaten mit den Kollegen austauschen können, insbesondere Untersuchungsbefunde. Bitte beachten Sie, dass bei Z.n. Vasektomie die Operateure aus rechtlichen Gründen automatisch einen Befund erhalten. Im Rahmen der Terminverwaltung wird das System des Auftragsverarbeiters Doctolib genutzt.

Hiermit entbinde ich die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunschzentrum Dresden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Partner sowie meiner mitbetreuenden externen Ärzte/-innen.

Weiterhin bestätige ich, dass die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht aushängt und ich hierzu in der Praxis auch Rückfragen stellen konnte. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Dresden meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können. Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnose und Behandlung erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden
Prager Str. 8a
01069 Dresden
Telefon: +49 (0) 351 5014000
Telefax: +49 (0) 351 50140028
www.ivf-dresden.de

Anamnese beide



Kinderwunschzentrum Dresden
Prager Str. 8a
01069 Dresden
Telefon: +49 (0) 351 5014000
Telefax: +49 (0) 351 50140028
www.ivf-dresden.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen QS-ReproMed und D-I-R®

Die Patienteninformation zum Datenschutz bei der Weitergabe und Speicherung von Daten (Art. 13 und 14 DSGVO) zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Auswertung einschließlich der Information über unsere Rechte konnten wir Einsehen und zur Kenntnis nehmen. Wir haben die Patienteninformation verstanden. Es ist uns bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Kinderwunschzentrum Dresden widerrufen kann/können und mir/uns aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung entstehen.

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an AG QS ReproMed zur Qualitätssicherung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunschzentrum Dresden pseudonymisierte Daten zum Zweck der Qualitätssicherung an die Datenannahmestelle der AG QS ReproMed bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden. Als personensorge-berechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

Name in Druckbuchstaben Frau

Name in Druckbuchstaben Mann

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner / Patient

Einwilligung Datenweitergabe und Speicherung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D-I-R)® zur wissenschaftlichen Auswertung

Hiermit willige ich ein, dass das Kinderwunschzentrum Dresden pseudonymisierte Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung an das Deutsche IVF-Register e. V. (D.I.R. e. V.) übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden. Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner / Patient

Vom behandelnden Arzt auszufüllen, wenn (ggf. auch von nur einer/m Beteiligten) keine Einwilligung erteilt wird:

- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an die **AG QS ReproMed** ein.
- Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten an das **(D-I-R)®** ein.