



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



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

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.