

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Susanne Wohlers
Prof. Dr. med. Peter Bielfeld
Najib N. R. Nassar
Dr. med. Nora Holtmann

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Hauptbetriebsstätte:

Akazienallee 8-12, **45127 Essen**
Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

Nebenbetriebsstätte:

Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**
Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

info@ivfzentrum.de
www.ivfzentrum.de

A) Patienten-Erhebungsbogen

Patient/in

Name (name)	Vorname (surname)	
Geboren am (day of birth)	Geburtsort (place of birth)	Geburtsname (maiden name)
PLZ, Wohnort (postcode, place of residence)	Straße (address)	
Telefon (phone)	E-Mail@	
Beruf (occupation)		
Krankenversicherung (Health insurance)	Entfernung Wohnort → Praxis	(in km)

Partner/in

Name (name)	Vorname (surname)	
Geboren am (day of birth)	Geburtsort (place of birth)	Geburtsname (maiden name)
PLZ, Wohnort (postcode, place of residence)	Straße (address)	
Telefon (phone)	E-Mail@	
Beruf (occupation)		
Krankenversicherung (health insurance)	Entfernung Wohnort → Praxis	(in km)

Familienstand:	<input type="checkbox"/> miteinander verheiratet seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig, ohne feste Partnerschaft
	<input type="checkbox"/> ledig, in fester Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Frau/Partner/in mit anderer Person verheiratet / in Trennung lebend

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten bitte unter Sonstiges eintragen.	

Sie wünschen:	<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/> Samenübertragung - Ehemann/Partner
	<input type="checkbox"/> Weitere Diagnostik	<input type="checkbox"/> Spendersamenbehandlung
	<input type="checkbox"/> Einfrieren von Keimzellen/-gewebe zum Erhalt der Fruchtbarkeit <input type="checkbox"/> vor keimzellschädigender Therapie <input type="checkbox"/> ohne medizinische Indikation	<input type="checkbox"/> In-vitro-Fertilisation (IVF/ICSI)
Sonstiges:		

Behandlung gewünscht in:	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Duisburg
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

In Vorbereitung auf Ihr Erstgespräch benötigen wir neben den hier angegebenen Daten weitere Angaben zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Diese Daten können Sie bequem in unserem **Online-Patientenportal** erfassen. Den Zugang zum Online-Patientenportal erhalten Sie, sobald uns dieser ausgefüllte Erhebungsbogen mit der Einwilligung zur Nutzung des Online-Patientenportals vorliegt.

Bitte alle wichtigen medizinischen Unterlagen (inkl. früherer Samenbefunde) und OP-Berichte vor dem Gesprächstermin als Kopie einreichen! Sie können die Unterlagen auch gerne über das Online-Patientenportal sicher hochladen.

B) Patienteneinwilligung zur Datenverarbeitung und Weitergabe von Daten

Sehr geehrte Patienten,

durch das Inkrafttreten einer neuen Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) ist es erforderlich, dass wir Sie über die Umsetzung der geltenden Datenschutzregeln in unserer Praxis informieren. Hierzu erhalten Sie unsere Patienteninformation zum Datenschutz.

In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, folgende Einwilligungen einzuholen:

1. Auskünfte über alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, können auch an die mitbehandelten Partner erteilt werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde/Auskünfte per E-Mail/über Anrufbeantworter übermittelt werden dürfen. Mir ist bewusst, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Ergebnisse/Befunde einschließlich genetischen Untersuchungen in meine elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

4. Novum wird gegenüber den folgenden genannten Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:		
Behandelnde/r Frauenarzt/ärztin:	Behandelnde/r Urologe/in:	Weitere Ärzte/Ärztinnen:
Name:	Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:	Anschrift:

5. novum wird gegenüber folgende(n) Person(en) (z.B. Angehörige, Dolmetscher) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten):	
Vor- und Nachname:	Adresse:

6. Für Diagnostikzwecke ist die Weitergabe Ihrer Daten an externe Labore nötig. Außerdem ist die Weitergabe ihrer anonymisierten bzw. pseudonymisierten Daten an festgelegte Register (siehe Patienteninformation zum Datenschutz) erforderlich:		
Ich bin mit der Weitergabe an externe Labore einverstanden:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Speicherung in den Registern einverstanden:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit einer ggf. späteren Kontaktaufnahme einverstanden, um eine wissenschaftliche Langzeitbeobachtung von Kindern, die nach einer Kinderwunschbehandlung geboren wurden, zu unterstützen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie: Falls Sie einer Weitergabe/Speicherung widersprechen, ist eine Behandlung in unserer Praxis nur bedingt möglich.

7. Ich/Wir möchten das <u>Online-Patientenportal</u> nutzen und sind mit der Verarbeitung unserer persönlichen Daten einverstanden (siehe Patienteninformation zum Datenschutz).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>(Falls nein, bitte Anamnesebogen auf unserer Website im Downloadbereich herunterladen, ausfüllen und zusammen mit diesem Formular per Post oder per E-Mail an uns zurücksenden.)</i>		

Ich habe die Information zum Datenschutz erhalten und den Umgang mit meinen persönlichen Daten zur Kenntnis genommen. **Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.**

*Die hier angegebenen persönlichen Daten werden für die Vorbereitung einer Terminvereinbarung erfasst. Mit Ihrer **Unterschrift** willigen Sie in die Verarbeitung dieser Daten zwecks Terminvergabe ein. Falls Sie Ihre Daten unverschlüsselt per E-Mail an uns zurücksenden sollten, weisen wir Sie hiermit darauf hin, dass es sich dabei um eine unsichere Datenübertragung handelt.*

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Partner/in

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. *Ihr Praxisteam*