

Terminbestätigung

am:
um:

Basisdaten

1. Persönliche Angaben

Patientin

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Patient: Ehemann/ Partner/-in

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

— Telefon (priv.):
Telefon (dienstl.):
Handy (priv.):
E-Mail:

Telefon (priv.) bei abw. Adresse:
Telefon (dienstl.):
Handy (priv.):
E-Mail:

Familienstand: Verheiratet Ledig Verpartnert

2. Adresse

Straße:
Ort:

ggf. abweichende Adresse

Straße:
Ort:

3. Krankenversicherung

Patientin

Krankenkasse:
Beihilfe: ja nein
Versichertenstatus: Mitglied
 Familie

Patient

Krankenkasse:
Beihilfe: ja nein
Versichertenstatus: Mitglied
 Familie

4. Behandelnder Frauenarzt

Name:
Straße:
Ort:

Behandelnder Urologe

Name:
Straße:
Ort:

Wir haben die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Uns ist bekannt, dass bei Nichterscheinen oder einer Terminabsage weniger als 24 Stunden im Voraus eine Gebühr in Höhe von 50,- € in Rechnung gestellt wird.

Hiermit bestätigen wir unseren Termin und die Vollständigkeit der angegebenen Daten:

Datum: _____ Unterschrift: _____
Patientin Patient/Ehemann/Partner/Partnerin

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

- Schilddrüsenerkrankung nein
- Thrombose/Lungenembolie nein
- Hepatitis B: _____ nein
- Hepatitis C: _____ nein
- HIV: _____ nein
- Bluthochdruck nein
- Diabetes nein
- Migräne nein
- Krampfleiden nein
- Zysten im Eierstock nein
- andere: _____ nein
- Unfruchtbarkeit bei Familienangehörigen: _____ nein
- bekannte Erbkrankheiten: _____ nein

Frühere Schwangerschaften:

nein ja

Geburten:

Monat/Jahr	gleicher Partner	anderer Partner	vaginale Geburt	Kaiserschnitt	Kind gesund

Komplikationen: nein ja, welche:

Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche:

Monat/Jahr	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Schwangerschaftsabbruch	gleicher Partner	anderer Partner

Bisherige Kinderwunschbehandlung: nein ja, wo:

	Anzahl	Jahr
Stimulation d. Eierstöcke		
Insemination		
IVF		
ICSI / TESE		

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr:

Kinderwunschmotivation: normal stark
Paarbeziehung: stabil problematisch

Geschlechtsverkehr: _____/Woche _____/Monat kein

Perspektive, falls Therapie erfolglos:

kinderlos Adoption Pflegefamilie
 Eizellspende Samenspende

Nikotinkonsum: nein ja, ca. _____ Zigaretten/Tag;
Alkohol: nein gelegentlich regelmäßig
Sport: nein ja, regelmäßig
Drogen: nein ja, welche: _____

Einnahme von Medikamenten: nein ja, welche: _____

Allergien gegen Medikamente: nein ja, gegen: _____

Allergien: nein ja, welche: _____

Fragen/Anmerkung/Wünsche an uns:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anamnesebogen Mann

Seite 1

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Beruf:

Nationalität:

verheiratet seit:

ledig, zusammen seit:

Größe: cm

Gewicht: kg, Zunahme Abnahme im letzten Jahr

Ist bei Ihnen eine urologische Untersuchung durchgeführt worden?

Befund auffällig? nein ja

Ist bei Ihnen ein Spermogramm (Samenanalyse) durchgeführt worden?

nein ja, wann: wo:

Sind Sie sterilisiert? nein ja, wann:

Leiden Sie an Erektionsstörungen oder Ejakulationsstörungen? nein ja

Sind in Ihrer Vorgeschichte folgende Krankheiten bekannt? nein

- Hodenhochstand
- Hodenoperation
- Hodenentzündung
- Hodenverletzung/-torsion
- Krampfadern

Haben Sie Kinder aus anderen Partnerschaften: nein ja

Alter der Kinder

Kind/-er gesund ja nein

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

- Schilddrüsenerkrankung nein
- Bluthochdruck nein
- Diabetes nein
- Hepatitis B: _____ nein
- Hepatitis C: _____ nein
- HIV: _____ nein
- Krampfleiden nein
- andere: _____
- Unfruchtbarkeit bei Familienangehörigen: _____ nein
- bekannte Erbkrankheiten: _____ nein

Nikotinkonsum: nein ja, ca. Zigaretten/Tag;
Alkohol: nein gelegentlich regelmäßig
Sport: nein ja, regelmäßig
Drogen: nein ja, welche: _____

Einnahme von Medikamenten: nein ja, welche

Allergien gegen Medikamente: nein ja, gegen

Ist bei Ihnen eine Chromosomenuntersuchung erfolgt:
 nein ja

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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:

Dr. med. Angela Carstensen und Dr. med. Kirsten Schem
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zusatzqualifikation Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin

Kinderwunsch Kiel
Im Brauereiviertel 5
24118 Kiel

Telefon: +49-(0)431-55 34 33
E-Mail: info@kinderwunschkiel.de

Wir haben einen Datenschutzbeauftragten benannt:

Sie erreichen ihn unter dsb@dsgvonord.de oder mit dem Vermerk „Datenschutzbeauftragter“ unter der oben genannten Praxisadresse.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, 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.

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 / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen sowie das Deutsches IVF-Register (DIR) sein.

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

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 Paragraf 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 einer 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:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz (ULD) - Holstenstraße 98 – 24103 Kiel

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam