

Ihr Termin:	BITTE MITBRINGEN!!! Versichertenkarten u. Überweisungsscheine von BEIDEN!! Befunde in Kopie, Krebsvorsorge vom Frauenarzt, ggf. Blutgruppenausweise, Mutterpass und Impfpässe
--------------------	--

Liebe Patienten,
zur Vervollständigung unserer Unterlagen möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Bogen auszufüllen. Die Daten werden ausschließlich zu Therapie Zwecken benötigt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte zurücksenden, auch gerne per E-Mail an info@kinderwunschbremen.de! (Nicht als Einschreiben zurücksenden)
Kinderwunsch Bremen • Emmastr. 220 • 28213 Bremen • Tel.: 0421- 22 49 10 • www.kinderwunschbremen.de

♀	
Name, Vorname: _____	Geburtsname: _____
Beruf: _____	Geb. Ort/- Datum: _____
Gynäkologe _____	Allergien / Unverträglichkeiten: _____
Krankenkasse: _____	Handy-Nr.+ E-Mail _____
Nikotin: Ja ☐ Nein ☐	
Mein(e) Partner/in darf Befunde von mir erfragen?	Ja ☐ Nein ☐
Meine Frauenärztin darf Befunde von mir erfragen?	Ja ☐ Nein ☐
Nicht vergessen!!! Bitte denken Sie an die jährliche <u>Krebsvorsorge</u> bei Ihrem Frauenarzt, da wir diese hier nicht durchführen! Letzte Krebsvorsorge Untersuchung: _____	Größe: _____ Gewicht: _____
♂/♀	
Name, Vorname: _____	Geburtsname: _____
Beruf: _____	Geb. Ort/- Datum: _____
Krankenkasse: _____	Allergien / Unverträglichkeiten: _____
Nikotin: Ja ☐ Nein ☐	Handy-Nr. + E-Mail _____
Größe: _____ Gewicht: _____	
Meine Partnerin darf Befunde von mir erfragen?	Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie mit dem/der hier angegebenen Partner/in verheiratet? Ja ☐ Nein ☐

Waren Sie oder Ihr(e) Partner/in in den letzten 6 Monaten auf einer Fernreise?

(Zika-Virus Verbreitungsgebiet: Mittelamerika, Südamerika, Karibik, Afrika, Süd-Ost-Asien, pazifische Inseln)

♀ Nein ☐ Ja ☐ in _____

♂/♀ Nein ☐ Ja ☐ in _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme der [umseitigen Datenschutzerklärung](#) zu.
Ebenfalls entbinde ich „Kinderwunsch Bremen“ von der Schweigepflicht in dem beschriebenen Rahmen und bin mit der Übersendung meiner Befunde auf elektronischem Wege einverstanden.



Patientin: _____
Datum Unterschrift

Patient/in: _____
Datum Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Wir sind vom Gesetzgeber dazu angehalten noch sorgsamer mit Ihren persönlichen Informationen umzugehen als zuvor. Sie müssen der Speicherung und Verwendung Ihrer Daten zuerst zustimmen. Das schafft Transparenz. Denn Sie entscheiden selbst, welches Unternehmen persönliche Informationen über Sie speichern und verwenden darf.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Um eine optimale und reibungslose Behandlung in der Praxis „Kinderwunsch Bremen“ sicher zu stellen, dürfen alle Ärzte und das komplette medizinische Personal auf Ihre Daten zugreifen und im notwendigen Rahmen bearbeiten und weiterleiten.

Da wir nicht alle Analysen und Einlagerungen in unserem Labor durchführen, werden Patienten-Daten und Material bei Bedarf an unsere Partnerlabore (KryoTEC, Medizinisches Labor Bremen und weiteren Laboren) übersandt.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beauftragen wir die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen und die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen bzw. Niedersachsen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten.

Des Weiteren findet eine **pseudonymisierte** statistische Auswertung der Behandlungsdaten durch die Landesärztekammern statt. Diese ist per Gesetz vorgeschrieben. Dabei werden die Daten jährlich durch das Qualitätssicherungsorgan QS-Repromed der Bundesärztekammer ausgewertet und überprüft. Ferner werden die **pseudonymisierten Daten** durch das deutsche IVF Register zur wissenschaftlichen Analyse herangezogen und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die von der Praxis verarbeiteten Gesundheitsdaten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an unseren Datenschutzbeauftragten der Praxis:

Carsten Dobberstein
Fon 05331-94506-60
cdobberstein@stecado.de

Im Falle einer Schwangerschaft und Geburt stellen Sie bitte sicher, dass medizinische Daten über den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und den Gesundheitsstand des Kindes von den behandelnden Ärzten und von Ihnen an die Praxis „Kinderwunsch Bremen“ übermittelt werden. Vielen Dank

