



BIELEFELD FERTILITY CENTER

IHR KINDERWUNSCHTEAM

Gemeinschaftspraxis

Dr. Karl Völklein
Beata Szypajlo
Dr. Wiebke Rübberdt
Kathrin Brandhorst
Christopher Ebert
Dr. Elisabeth Haarmann
Yaroslav Dimitrov
Dr. Pia Ridwan

Liebes Kinderwunschpaar,

wir freuen uns, Ihren Termin am _____ um _____ Uhr

bei folgendem Arzt _____ zu bestätigen.

Zudem bitten wir, zur Optimierung unserer Sprechstunde,
eine Woche vor dem Termin um telefonische Terminbestätigung.

Anbei finden Sie eine Wegbeschreibung und Informationsmaterial.
Bitte füllen Sie die beiliegenden Patientenfragebögen soweit wie möglich aus!

Bitte erscheinen Sie 20 Minuten vor dem Termin, damit wir Ihre Akte vorbereiten können.
Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte spätestens
2 Tage vorher ab.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit (falls vorhanden)!



- OP-Berichte
- Krebsvorsorgebericht
- Überweisungsschein des Frauenarztes
- Kopie der Heiratsurkunde
- Ihre Krankenversicherungskarte
- Personalausweis in Kopie
- Impfpass/buch



- Spermiogramm
- Hormonstatus
- Krankenversicherungskarte
- Personalausweis in Kopie
- Impfpass/buch

Bitte vom Gynäkologen/in ausfüllen lassen (falls es zu einer Behandlung kommt)!!!

Beratungs- und Indikations-Bestätigung §27a Nr.16 KüBef

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse besteht bei dem Ehepaar

Frau _____ und Herrn _____

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine
Indikation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Indikation(en): _____

Geplante Therapie: IUI GIFT IVF ICSI

Da eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht, habe ich das Ehepaar nach den Nummern
7 und 13 bis 15 der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“ gemäß § 27a. Abs. 4 SGB V über die
medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Frauenarzt/-ärztin / Gynäkologe/in

Abrechnungshinweise: 1. Abrechnungsziffer für gesetzlich Versicherte 08521 (aktuell 2-2007)

Fragebogen für die Frau - Bitte ausgefüllt zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ E-Mail _____

Telefon privat _____ Arbeit _____ Handy _____

Betreuender Frauenarzt _____ Beruf _____

Größe [cm] _____ Gewicht [kg] _____

Verheiratet seit _____ mit _____ Nicht verheiratet

Kinderwunsch/regelmäßiger Geschlechtsverkehr seit [Jahre] _____

frühere Verhütung bis _____ mit Pille Spirale andere Methoden

Alter bei 1. Monatsblutung _____ Blutgruppe _____

Rauchen Ja Nein Falls ja: Menge _____

Alkohol Ja Nein Falls ja: Menge _____

Frühere oder aktuelle Krankheiten

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Thrombosen/Gerinnungstör. Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Eierstocksysten Ja Nein

Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein

Migraine Ja Nein

Nervenschäden Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Lebererkrankung (Hepatitis B oder C) Ja Nein

HIV-Infektion/AIDS Ja Nein

Familiäre Krankheiten

Eigene Krankheiten

Operationen

Aktuelle Medikamente

Allergien

Liegen möglicherweise Stress oder Psychosomatische Krankheitsursachen vor?

Ja Nein möglicherweise (Bitte nach Info-Material, Beratern, Therapeuten fragen)

Datum/Beginn der letzten Regelblutung _____

Die Regel/Periode kommt regelmäßig alle ___Tage unregelmäßig alle ___ bis ___Tage

Bisherige Kinderwunschbehandlungen Insemination IVF ICSI

Stimulation Clomifen/Spritzen wie oft ? _____

Schwangerschaften und Schwangerschaftsverlauf

Jahr _____ Geburt Fehlgeburt EileiterSchwangersch.

mit aktuellem Partner mit anderem Partner

Jahr _____ Geburt Fehlgeburt EileiterSchwangersch.

mit aktuellem Partner mit anderem Partner

Fragebogen für den Mann - Bitte ausgefüllt zum Gespräch in die Praxis mitbringen!

Name _____ Vorname _____

Familienname der Partnerin falls anders _____

Telefon privat _____ Arbeit _____ Handy _____

E-Mail _____ Beruf _____

Betreuender Urologe _____

Größe [cm] _____ Gewicht [kg] _____

Verheiratet seit _____ mit _____ Nicht verheiratet

Kinderwunsch/regelmäßiger Geschlechtsverkehr seit [Jahre] _____

Rauchen Ja Nein Falls ja: Menge _____

Alkohol Ja Nein Falls ja: Menge _____

Frühere oder aktuelle Krankheiten

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Thrombosen/Gerinnungstör. Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes/ Zuckerkrankheit Ja Nein

Migraine Ja Nein

Nervenschäden Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Lebererkrankung (Hepatitis B oder C) Ja Nein

HIV-Infektion/AIDS Ja Nein

Familiäre Krankheiten

Eigene Krankheiten

Operationen

Aktuelle Medikamente

Allergien

Schwangerschaften

Jahr _____ mit aktueller Partnerin mit anderer Partnerin



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
die Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten ist in einer
Arztpraxis üblich, notwendig und unverzichtbar für Ihre Behandlung und Abrechnung.
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

Praxisname: GP Rübberdt/Szypajlo, Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld, Tel.: 0521-101005

Mail: datenschutz.beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de / Frau Anja Wagner

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, die wir oder andere Ärzte erheben. Zum Zweck der Abrechnung werden Daten eventuell an Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Apotheken, unsere KryoFirma (123 med GmbH), Steuerberater, Rechtsanwälte, Banken, Finanzämter und privatärztliche Verrechnungsstellen geleitet. An Praxismachern werden wir Ihre Daten weitergeben. **Wir verwenden Ihre Kontaktdaten auch um Ihre Ärzte oder Sie gegebenenfalls auch an Kontrolluntersuchungen zu erinnern, Befunde zu erfragen oder zum Behandlungsverlauf zum Beispiel der Geburt und den Kindesdaten befragen zu können. !!**

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die konkrete Liste der Datenempfänger entnehmen Sie den ausgehändigten Zusatzunterlagen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlungen erforderlich ist und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten.

5. IHRE RECHTE

 Auskünfte nach §15 EU-DSGVO

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, gegebenenfalls zu korrigieren, die Verarbeitung oder Weitergabe einzuschränken oder löschen zu lassen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN:

 Absatz 2 lit. h) DSGVO und § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

7. EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Datenspeicherung und beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig zustimme. Ich wünsche bis auf Widerruf keine generelle Befundmitteilung an meinen Hausarzt oder überweisenden Arzt.

Frau _____ und Herrn _____

Geburtsdatum _____ Wohnhaft _____ Ort _____

Unterschrift Patient/in _____ Datum _____

Hiermit erteile ich meinem Partner/in Herrn/ Frau _____
eine generelle Auskunftsberechtigung und entbinde dafür die Praxis von der Schweigepflicht.

Unterschrift Patient/in _____



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: GP Rübberdt/Szypajlo

Wertherstr. 266, 33619 Bielefeld

Tel.: 0521-101005

Mail: datenschutz.beauftragter@kinderwunsch-bielefeld.de

Frau Anja Wagner

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG im Einzelnen

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, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Labore oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Wir verwenden Ihre Kontaktdaten auch um Sie gegebenenfalls auch an Kontrolluntersuchungen erinnern zu können.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die konkrete Liste der Datenempfänger entnehmen Sie den ausgehändigten Zusatzunterlagen.

Die Aktuellste Liste wird beim Praxisverantwortlichen gepflegt und ist über den Datenschutzbeauftragten einsehbar.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten, Labore, Laborgemeinschaft GBR, Hormogyn GBR, Pathologie, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, unsere KryoFirma (123 med GmbH), Steuerberater, Rechtsanwälte, Banken, Finanzämter und privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS) 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 berechtigte Empfänger, z.B. Kinder.

Die Zentren für Reproduktionsmedizin in Deutschland beteiligen sich aus gesetzlichen, berufsrechtlichen und wissenschaftlichen Gründen an Datensammlungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin.

Aus gesetzlichen Gründen sind das die Vorgaben des Samenspenderregistergesetzes (DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, <https://www.dimdi.de/static/de>) und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonen-schutzgesetz) ergeben.

Aus berufsrechtlichen Gründen und aus Gründen der externen Qualitätssicherung sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet, die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSReproMed (www.qsrepromed.de) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus wissenschaftlichen Gründen werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D-I-R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com).

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgt ANONYM.

Diese Datensammlung selber ist PSEUDONYMISIERT, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikationsnummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird.

Um die aufwändige Eingabe der erhobenen Daten für die drei Register QSReproMed, D-I-R und FertiPROTEKT möglichst effizient zu gestalten wurde ein gemeinsamer Datensatz entwickelt. Jedes Register bekommt nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Weiterleitung der Daten erfolgt ebenfalls in verschlüsselter Form.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlungen erforderlich ist und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten.

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 und 30 Jahre nach dem Gewebegesetz bei Kultivierung/ Verarbeitung von Eierstock/Eizellen oder Hoden/ Spermazellen. Nach dem Samenspendergesetz müssen teilweise Daten 110 Jahre nachvollziehbar sein.

5. IHRE RECHTE

Auskünfte nach §15 EU-DSGVO

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

Auch können Sie die Berichtigung oder Ergänzung nach §16 EU-DSGVO unrichtiger Daten verlangen, wobei Änderungen in der Behandlungsdokumentation als solche erkennbar bleiben müssen.(§630 f Abs.1 BGB.

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.(Erhalt ihrer Daten in maschinenlesbarem Format und Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen).

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 der 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Helga Block

Kavalleriestraße 2-4. 40213 Düsseldorf oder:

Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Tel.: 0211/38424-0

Fax: 0211/38424-10

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

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.