



### Anamnese- und Befundbogen

bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen, da diese Angaben sehr wichtig für die Auswertung der Befunde sind und unvollständige Angaben die Befundbeurteilung erschweren.

**Patientin**

Name:.....  
 Vorname:.....  
 Geb.Datum:.....  
 Größe:.....cm,                      Gewicht:.....kg

**Partner**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geb.Datum: .....

Tel: privat:.....  
 Handy: .....

Tel: beruflich:.....  
 E-mail:.....

Kinderwunsch besteht seit ..... Jahren

Inseminationen / IVF/ICSI-Zyklen

Inseminationen: Anzahl..... mit Stimulation.....  
 ohne Stimulation.....

IVF/ICSI/Kryo:

Wann	Embryonenzahl	Embryo Grading	Kryo	Schwangerschaft	Zusätzl Medikamente

Schwangerschaften:

Wann	Ausgang	Komplikationen/Besonderheiten	Medikamente/Behandlung

Eizellspende:.....  
 Embryonenspende:.....  
 Heterologe Insemination:.....  
**In welchem Kinderwunschzentrum sind/waren Sie in Behandlung:**.....  
 .....

**Allgemeinanamnese**

**Patientin:**

**Partner:**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

.....

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Lues, HIV andere)

.....

Wurden Sie schon einmal operiert?

.....

Erhielten Sie Bluttransfusionen (z.B. bei Unfall/OP)?

.....

Haben oder hatten Sie Kontakt zu schädlichen Stoffen (Beruf, Freizeit)?

.....

Rauchen Sie, wenn ja – wie viel?

.....

Trinken Sie Alkohol, wenn ja – wie viel?

.....

Sind Schilddrüsenerkrankungen und oder Diabetes bekannt?

.....

Hatten sie eine Thrombose/Embolie bzw. sind Durchblutungsstörungen bekannt?

.....

Sind immunologische Erkrankungen bekannt (Rheuma, Multiple Sklerose, Lupus)?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja – welche, wie oft?

.....

Regelzyklus:

Spermiogrammbefund:

.....

letzte Periode.....

---

**Familienanamnese:**

Gibt es ihren Familien genetische bedingte Risiken (Aborte, Kinderlosigkeit, unklare Kindtodesfälle)?

.....

Gibt es in ihren Familien eine Häufung von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Thrombose und Embolien?

.....

Sind in ihren Familien autoimmune Erkrankungen bekannt (Rheuma, Lupus, Sklerodermie, Multiple Sklerose)?

.....

Gibt es in ihren Familien eine Häufung von Schilddrüsenerkrankungen und/oder Diabetes?

.....

.....

---

Wurde eine Bauchspiegelung/Gebärmutterspiegelung durchgeführt? Befund?.....

.....

.....

## 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:

Praxisname: Dr. med. Sylke Reichel-Fentz  
Adresse: Remlingstrasse. 4, 67480 Edenkoben  
Kontaktdaten: 06323 / 94 93 700 E-Mail: sylke.reichel@immu-kinderwunsch.de

#### Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Frau Bianca Bach – Vidano GmbH  
Anschrift: Dudweiler Landstrasse 7, 66123 Saarbrücken  
Kontaktdaten: 0681 / 41099190

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt sowie weiteren Ärzten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, zur Begründung von Laborleistungen und deren Abrechnung sowie zur Kommunikation mit den Einsendern im Rahmen der Beauftragung dieser Laborleistungen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (Anamnesen, Diagnosen etc.) Dazu zählen insbesondere auch die Erbringung von Laborleistungen und die Speicherung und Übermittlung der Laborbefunde, weiterhin die Übermittlung von Therapievorschlägen, die von uns auf der Grundlage der bei Ihnen erhobenen Befunde erfolgen. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, 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

Partnerlabore: Für bestimmte spezielle Untersuchungen beauftragen wir Partnerlabore. Auch diese Einrichtungen unterliegen den gesetzlichen Vorgaben für Datenschutz und Schweigepflicht.

Externe Dienstleister: Zur Erfüllung unserer Aufträge und Erfüllung weitere gesetzlicher Pflichten beauftragen wir externe Dienstleister zur Aktenvernichtung, Probentransport und IT-Dienstleistungen.

Weitere Empfänger Ihrer Daten: Zur Abrechnung der beauftragten Laborleistungen werden Ihre Daten an die regional zuständige kassenärztliche Vereinigung gegeben. Weitere Empfänger Ihrer Daten können Inkassounternehmen, Rechtsanwälte, Gerichte sein, denen wir aufgrund unseres berechtigten Interesses Daten übermitteln dürfen (z.B. zum Forderungseinzug).

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Zusätzlich unterliegen wir weiteren Aufbewahrungspflichten, die sich aus weiteren Gesetzen (Transfusionsgesetz und Gendiagnostikgesetz) ergeben. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen von bis zu 30 Jahren ergeben

### 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 in einem gängigen maschinenlesbaren Format 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 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:

Name: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Rheinland-Pfalz  
Anschrift: Deutschhausplatz 7, 55116 Mainz

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

#### Ihr Praxisteam

Dr. med. Sylke Reichel-Fentz