



## **Fertilitätserhaltende Maßnahmen: Ihr Beratungstermin im Universitären Kinderwunschzentrum**

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen wurde eine Erkrankung festgestellt, die einer eingreifenden Therapie bedarf. Möglicherweise könnte die Therapie ihre Fruchtbarkeit beeinträchtigen. Ihr behandelnder Arzt hat daher eine Vorstellung zur Beratung in unserem Zentrum empfohlen.

Wir möchten uns gerne bestmöglich auf Ihren Termin vorbereiten. Daher bitten wir Sie, den Fragebogen (Anlage 1) sowie die Datenschutzvereinbarung (Anlage 2) vorab auszufüllen und ausgefüllt zu Ihrem Termin mitzubringen. Gerne können Sie zu Ihrem Termin auch Ihre Partnerin oder Ihren Partner mitbringen. Damit Sie eine gute Anreise haben und uns gut finden, haben wir Ihnen außerdem eine Anfahrtsbeschreibung (Anlage 3) beigelegt.

Außerdem benötigen wir von Ihnen bei Vorstellung zur Beratung Folgendes:

- 1) Krankenversichertenkarte
- 2) Personalausweis
- 3) Überweisungsschein
- 4) Eine ausgefüllte ärztliche Bescheinigung bzw. Beratungsbestätigung durch Ihren behandelnden Arzt (das Formular ist auf unserer Homepage zum download verfügbar; Sie sollten dieses Formular von Ihrem Arzt mitbekommen)
- 5) Ggf. Vorbefunde

So wird Ihre Beratung bei uns ablaufen (bitte planen Sie für Ihren Termin ca. 60-90 Minuten ein):

- 1) Die Arzthelferinnen am Empfang nehmen Ihre Daten auf und Ihre Unterlagen entgegen
- 2) Falls eine Therapie bei uns geplant wird, werden wir mit Gewebe (z.B. Ei- oder Spermazellen) arbeiten. Wir möchten Ihnen dahingehend das höchste Maß an Sicherheit bieten. Daher werden wir die Vorderseite Ihres Personalausweises in unserem EDV-System hinterlegen, sowie mit Ihrem Einverständnis ein Foto von Ihnen für unsere Praxis-EDV machen. So können wir immer sicher sein, dass der richtige Patient vor uns steht.
- 3) Einer unserer Fachärzte wird Sie dann entsprechend Ihrer individuellen Situation beraten
- 4) Sollten Sie sich schon während des Beratungsgesprächs für eine Kryokonservierung Ihrer Ei- oder Spermazellen bzw. Keimgewebe entscheiden, werden wir noch am selben Tag mit Ihnen alle nötigen medizinischen Maßnahmen planen und ggf. erste Schritte einleiten (z.B. bei der Frau: vorbereitende Ultraschalluntersuchung, Blutentnahme; z.B. beim Mann: Blutuntersuchung, Probenabgabe der Spermazellen).



Universitäres  
Kinderwunschzentrum  
Lübeck | Manhagen

Universitäre Kinderwunschzentren GmbH ■ Fachrichtung Reproduktionsmedizin ■  
Ratzeburger Allee 111-125 ■ 23562 Lübeck & Hansdorfer Landstraße 9 ■ 22947 Großhansdorf

Sollten Sie vorab noch weitere Fragen an uns haben, rufen Sie uns gerne unter **0451 505 778 10** an.

**Telefonzeiten:**

Montag bis Freitag: 07.30-12.00 Uhr

Dienstag: 13.30-18.00 Uhr

Mittwoch und Freitag: 13.30 – 15.00 Uhr

Donnerstag: 13.30-16.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des  
Universitären Kinderwunschzentrums



## Fragebogen Fertilitätserhalt

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Bitte bringen Sie Kopien aller relevanten Vorbefunde (Befunde, Arztbriefe, Blutergebnisse, OP Berichte etc.) zum Gespräch mit.

Name der Frau _____	Vorname _____
Geburtsname (falls abweichend v. obigen Angaben) _____	
_____	Geburtsdatum __/__/____ Alter _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Bundesland _____	Anfahrtsdauer _____
Telefon _____	Mobil _____
Fax _____	E-Mail _____
Beruf _____	
Versichertennummer (Ihre Versichertennummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Gesundheitskarte unter 6.) _____	
Krankenversicherung inkl. Kennnummer (die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Gesundheitskarte unter 7.) _____	
Frauenarzt/ -ärztin (inkl. Adresse) _____ _____	
Ggf. behandelnde Onkologen/Onkologinnen (inkl. Adresse, Krankenhaus) _____ _____ _____	



## Gynäkologische Anamnese

1. Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutungen?

ca. \_\_\_\_ Jahre

2. Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille: nein ja von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

Spirale: nein ja von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

Weiteres: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein ja wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

4. In welchen Abständen haben Sie Periodenblutungen (vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag)?

**regelmäßig**, zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tagen.

**unregelmäßig**, zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tagen.

ich habe **keine oder nur sehr selten** Periodenblutung

5. Wie viele Tage dauert die Periodenblutung durchschnittlich an?

\_\_\_\_ Tage

6. Wann begann Ihre letzte Periodenblutung?

am \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. Haben Sie Schmerzen während Ihrer Periodenblutung?

ja nein

8. Haben Sie Zwischenblutungen?

ja nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie Schmierblutungen?

ja nein

Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

10. Waren Sie schon einmal schwanger?

ja nein

Wenn ja, von Ihrem jetzigen Partner?

ja nein

11. Haben Sie bereits eigene Kinder?

ja nein

Wenn ja:

Geburtsdatum, Monat/ Jahr	Art der Entbindung*	Partner, Besonderheiten

\*z.B. normale Entbindung (= SPP) /Kaiserschnitt (= KS)/Zangen- oder Sauglockenentbindung (= VE)

12. Hatten Sie Aborte/Fehlgeburten?

ja nein

Wenn ja:

Monat/ Jahr	Schwangerschaftswoche
____/____/____	
____/____/____	

13. Hatten Sie geplante Schwangerschaftsabbrüche?

ja nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



14. Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder  
Unterleibsoperationen durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, welche und wann?

Monat/ Jahr	Art der Operation*
—	
—	

\*z.B. Bauchspiegelung (LSK), Gebärmutter Spiegelung (HSK),  
Blinddarm-operation (AE)

Bitte entsprechende Befunde zum Gespräch mitbringen!

15. Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit  
untersucht worden?

ja \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  nein

Wenn ja: Wie? \_\_\_\_\_

16. Ist bei Ihnen eine Endometriose bekannt?

ja  nein

17. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge, PAP-Abstrich?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

18. Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft und  
Stillperiode, Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust  
bemerkt?

ja  nein

## Allgemeine und ggf. onkologische

### Anamnese

19. Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ kg

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

20. Wurde eine behandlungsbedürftige Erkrankung  
bei Ihnen diagnostiziert (z.B. Krebserkrankung)?

ja  nein

Falls ja, was und wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Ist eine operative Therapie geplant?

ja  nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

22. Ist eine Chemotherapie geplant?

ja  nein

Falls ja, ab wann? \_\_\_\_\_

23. Ist eine Bestrahlung geplant?

ja  nein

Falls ja, ab wann?

\_\_\_\_\_

24. Haben oder hatten Sie eine der folgenden  
Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Thrombose/Lungenembolie  ja  nein  
Bluthochdruck  ja  nein  
Zuckerkrankheit/Diabetes  ja  nein  
Migräne  ja  nein  
Krampfleiden/Epilepsie  ja  nein

Andere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



25. Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche und welche Dosierung?

---

---

26. Haben Sie Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

27. Trinken Sie Alkohol?

nie

gelegentlich: \_\_\_\_\_

regelmäßig: \_\_\_\_\_

28. Rauchen Sie?

ja  nein

Wenn ja: \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

29. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?

ja  nein

Wenn ja, wo?:

---

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in dem Anamnese-Fragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werde ich diese den behandelnden Ärzten unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin



## Einwilligung zur Erhebung, Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten

### I. Datenübermittlung zwischen den Standorten der Universitären Kinderwunsch GmbH

Um eine reibungslose reproduktionsmedizinische Behandlung zu gewährleisten, **sind wir damit einverstanden**, dass unsere Daten praxisintern und zwischen den Standorten der Universitären Kinderwunschzentren GmbH

- Ratzeburger Alle 111-125, 23562 Lübeck und
- Hansdorfer Landstraße 9, 22927 Großhansdorf

den Mitarbeitern offen gelegt werden, sofern dies zu unserer Behandlung erforderlich ist.

**Wir lehnen ab**, dass unsere Daten praxisintern und zwischen den Standorten der Universitären Kinderwunschzentren GmbH verfügbar sind.

### II. Datenübermittlung zwischen Hausarzt/Facharzt und Universitäre Kinderwunschzentren GmbH bzw. zwischen Universitäre Kinderwunschzentren GmbH und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)  
**Wir willigen ein**, dass die Universitäre Kinderwunschzentren GmbH die uns betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ärzte (Vorbehandler, Weiterbehandler, sonstige Behandler) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

**Wir willigen ein**, dass die Universitäre Kinderwunschzentren GmbH die bei unseren Vorbehandlern / Weiterbehandlern / sonstigen Behandlern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für unsere Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Universitäre Kinderwunschzentren GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

**Wir lehnen ab**, dass die Universitäre Kinderwunschzentren GmbH mit Vorbehandlern / Weiterbehandlern / sonstigen Behandlern Behandlungsdaten und Befunde austauscht.

### III. Datenweitergabe- und -speicherung: Deutsches IVF-Register und FertiPROTEKT Register

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 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](http://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](http://www.deutsches-ivf-register.de)) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. ([www.fertiprotekt.com](http://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.



Universitäre Kinderwunschzentren GmbH ■ Fachrichtung Reproduktionsmedizin ■  
Ratzeburger Allee 111-125 ■ 23562 Lübeck & Hansdorfer Landstraße 9 ■ 22947 Großhansdorf

Die 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. Anstelle einer pseudonymisierten Datenweitergabe tritt eine anonymisierte Form. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Weiterleitung der Daten erfolgt ebenfalls in verschlüsselter Form. Der DIR-Datensatz, -Export und das dazugehörige Datenschutzkonzept ist auf DSGVO-Konformität im November 2020 durch TÜV Rheinland geprüft worden.

**Hiermit willigen wir ein** in die pseudonymisierte Weiterleitung und Speicherung der Behandlungsdaten an die / bei den wissenschaftlichen Registern (Deutsches IVF-Register und Netzwerk FertiPROTEKT) gemäß obiger Erläuterung.

Die weiter unten aufgeführte Information und unsere Rechte haben wir zur Kenntnis genommen. Wir sind über die Möglichkeit informiert, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen zu können.

**Hiermit lehnen wir** die pseudonymisierte Weiterleitung der Behandlungsdaten **ab** (zutreffend nur für das Deutsche IVF Register und das FertiPROTEKT Netzwerk e.V.)

#### IV. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht innerhalb der Partnerschaft

**Hiermit entbinden wir bis auf Widerruf die Ärzte** der Universitären Kinderwunschzentren GmbH Lübeck und Manhagen von der ärztlichen Schweigepflicht innerhalb der Partnerschaft und erlauben somit den Ärzten, Befunddaten und Auskunft über den Gesundheitszustand beider Partner an beide Partner zu übermitteln (mündlich, z.B. am Telefon, oder schriftlich) und/oder auf Wunsch Einsicht in die Krankenakte zu nehmen.

#### V. Übermittlung der Daten an private Krankenversicherungen und/oder ggf. Beihilfe

**nicht zutreffend** (beide Partner sind gesetzlich versichert).

**Wir willigen ein**, dass Befundergebnisse und Behandlungsdaten des einen Partners an die private Versicherung und oder Beihilfe des jeweils anderen Partners übermittelt werden dürfen, so diese Daten von der Versicherung und/oder Beihilfe angefragt werden, um die Leistungspflicht nach Versicherungsvertrag (Indikation zur Behandlung und Aussicht auf Erfolg) zu prüfen.

**Wir lehnen ab**, dass Befundergebnisse und Behandlungsdaten des einen Partners an die private Versicherung und/oder Beihilfe des jeweils anderen Partners übermittelt werden dürfen.



Lübeck, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Lübeck, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





Universitäre Kinderwunschzentren GmbH ■ Fachrichtung Reproduktionsmedizin ■  
Ratzeburger Allee 111-125 ■ 23562 Lübeck & Hansdorfer Landstraße 9 ■ 22947 Großhansdorf

## Information gemäß Art. 13 DSGVO

### 1. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen und ggf. Datenschutzbeauftragten

Jeweils selbständig Verantwortliche im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und anderer nationaler Datenschutzgesetze der Mitgliedsstaaten sowie sonstiger datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind:

#### Deutsches IVF-Register e.V. (D·I·R)<sup>®</sup>

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Lise-Meitner-Straße 14, D-40591 Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211 913 848 00; Fax: +49 (0)211 913 848 01; E-Mail: geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de

Datenschutzbeauftragter: AMD TÜV Rheinland, christophe.kabambe@de.tuv.com

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, D-40102 Düsseldorf, Tel.: +49 (0)2 11 384 24-0; Fax: +49 (0) 2 11 384 24-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

#### FertiPROTEKT Netzwerk e.V.

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Weißdornweg 17, D-35041 Marburg/Lahn

Tel.: +49 (0) 64 20 305 05 83; E-Mail: info@fertiprotekt.com

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 31 63, D-65021 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 140 80; Fax: +49 (0) 6 11 14 08-900; E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

#### Ärztchammer Schleswig-Holstein

Präsident (Verantwortlicher): Prof. Dr. med. Henrik Herrmann

Bismarckallee 8 – 12, D-23795 Bad Segeberg

Tel.: +49 (0) 4551 803 0; Fax: +49 (0) 4551 803 101; E-Mail: info@aecksh.de

Datenschutzbeauftragter: Tel.: +49 (0) 4551 803 251; E-Mail: datenschutzbeauftragte@aksh.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 71 16, D-24171 Kiel, Tel.: +49 (0) 4 31 988-1200; Telefax: +49 (0)4 31 988-1223; E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de

**2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung** Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zwecke der wissenschaftlichen und statistischen Erfassung und Auswertung von Daten für die Verfolgung der Entwicklung der Humanen Reproduktionsmedizin in Deutschland. Gesetzliche Grundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den Vorgaben des Samenspenderegistergesetzes sowie aus den Vorgaben für die Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonenschutzgesetz). Als weitere Rechtsgrundlage dient das berechnigte und überwiegende Interesse (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO) der Allgemeinheit an der Verbesserung des Gesundheitswesens und dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Sofern die vorgenannten Rechtsgrundlagen nicht einschlägig sind, erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung.

**3. Dauer der Speicherung** Die von Ihnen erhobenen Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Verarbeitung entfällt und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

**4. Widerrufsrecht** Ihre erteilte Einwilligung können Sie zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung zu den vorgenannten Zwecken nicht mehr erfolgen kann.

**5. Betroffenenrechte** Nach Art. 12 DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO, das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO sowie das Recht auf Widerspruch nach Art. 21 DSGVO. Für das Auskunftsrecht und das Löschnngsrecht gelten die Einschränkungen nach den Regelungen der §§34 und 35 BDSG-Neu. Darüber hinaus steht Ihnen ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde gem. Art. 77 DSGVO zu. Sie können sich hierzu jederzeit an eine Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts, Ihres Arbeitsplatzes oder des Ortes des mutmaßlichen Verstoßes, wenden.

**6. Widerspruchsrecht** Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch hiergegen einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.



Universitäre Kinderwunschzentren GmbH ■ Fachrichtung Reproduktionsmedizin ■  
Ratzeburger Allee 111-125 ■ 23562 Lübeck & Hansdorfer Landstraße 9 ■ 22947 Großhansdorf

## Anfahrt zum Universitären Kinderwunschzentrum in Lübeck

### Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck

Ratzeburger Allee 111 - 125

23562 Lübeck

Tel: 0451 505778-10

[Parkmöglichkeit vor Ort, bitte Parkuhr mitbringen!]





## Anfahrt zum Universitären Kinderwunschzentrum in Manhagen (Großhansdorf)

### Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck

Hansdorfer Landstraße 9  
22927 Großhansdorf  
Tel: 04102 7776860  
[Parkmöglichkeit vor Ort!]



Manhagen

