



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).

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

Sehr geehrter Patient,

der folgende Fragebogen hilft uns, Risiken im Zusammenhang mit der Gewinnung von Keimzellen und -gewebe zu erkennen und zu vermeiden. Wir bitten Sie um eine möglichst genaue Beantwortung dieser Fragen und – so möglich – Befunde z.B. zu bekannten Erkrankungen, Risiken oder bereits durchgeführten Untersuchungen Ihres Urologen/Onkologen zu Ihrem Arztgespräch mitzubringen.

Name/Vorname _____		
Geburtsdatum ___/___/19___	Alter ___	Geburtsort _____
Adresse _____	Telefon _____	
Handy _____	E-Mail _____	
Beruf _____	Krankenversicherung _____	
Behandelnder Urologe/Androloge _____		
Behandelnder Onkologe _____		



Allgemeine Fragen

1. Sind Sie verheiratet?

ja nein Wenn **ja**, seit

Wenn **nein**, besteht eine feste Partnerschaft?

ja nein

Wenn **ja**, seit _____

2. Haben Sie bereits Kinder?

ja nein

Wenn **ja**:

Geburts-jahr	Besonderheiten

3. Wie schwer sind Sie? _____ kg

Wie groß sind Sie? _____ cm

4. Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn **ja**, welche? _____

5. Trinken Sie Alkohol?

nie/selten

bei Feiern/gelegentlich

regelmäßig

6. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn **ja**: _____ Zigaretten/Tag



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

Wenn **ja**, wo? _____

8. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

- nein Kälte
Hitze Gase/Aerosole
Stäube körperl. Belastung
Chemikalien

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

9. Haben Sie **aktuell** Erkrankungen?

- ja nein

Wenn **ja**, welche?

Erkrankung	Seit wann?

10. Haben Sie **vorangegangene** Erkrankungen?

Erkrankung	Von wann bis wann?

11. Nehmen Sie Medikamente ein?

- ja nein

Wenn **ja**, welche/welche

Dosierung? _____

12. Ist bei Ihnen eine Operation, die den Hoden beeinträchtigen könnte, geplant?

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

Geplantes Datum _____

13. Ist bei Ihnen eine medikamentöse Therapie geplant (z.B. eine Chemotherapie)?

- ja nein

Wenn **ja**, welche? _____

Geplantes Datum _____

14. Ist bei Ihnen eine Strahlentherapie geplant?

- ja nein

Geplantes Datum _____

15. Sind Ihnen Probleme bei der Erektion aufgefallen?

- ja nein

16. Sind Ihnen Probleme bei der Ejakulation aufgefallen?

- ja nein



Anmerkungen von Ihrer Seite

Gibt es dringende Fragen oder Anmerkungen, die Sie bisher nicht stellen konnten, dann haben Sie hier die Möglichkeit diese aufzuschreiben:

Hiermit bestätige ich, dass ich diesen Bogen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

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.gsrepromed.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.



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

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)®

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

Ärztchamber 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 berechnete 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 Lösungsrecht 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.



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!]

