



Ihre persönlichen Erstgesprächsunterlagen

Inhalt:

1. Terminbestätigung
2. Sprechstundenflyer mit Wegbeschreibung
3. Paarfragebogen
4. Übersicht über den Ablauf einer Behandlung
5. Informationsbroschüre zur Kinderwunschbehandlung
6. Vorabinformationen zur Kostenübernahme

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Paarfragebogen zum Erstgespräch in unsere Sprechstunde mit!

Erstellt: Lara Struck	Geprüft: Stefanie Schansker	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Otte	Revision: 1 Datum: 27.04.2020	Seite 1 von 4
Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datei: I:\Universitäres Kinderwunschzentrum Kiel\0Formulare und QMS\FB PVS\FB 19 Informa- tion Erstgesprächsset.docx	



Terminbestätigung Ihres Erstgespräches im Universitären Kinderwunschzentrum Kiel

Sehr geehrtes Paar,

Hiermit bestätigen wir den Termin am _____ für Ihr Erstgespräch in unserer Kinderwunschsprechstunde.

Unser Ziel ist es, Ihnen eine optimale Behandlung zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches anzubieten. Im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung ist es daher erforderlich, die **Ursachen** der Kinderlosigkeit zu untersuchen. Nur so können wir einen Erfolg versprechende, am wenigsten belastende Behandlung für Sie auswählen.

Selbstverständlich besprechen wir alle bereits vorliegenden Befunde mit Ihnen ausführlich, planen gemeinsam die weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte. Bitte helfen Sie uns und verbessern den Erfolg Ihrer Behandlung, indem Sie **alle Unterlagen Ihres Gynäkologen oder Urologen zu den bisher durchgeführten Untersuchungen** mitbringen.

Vom Gynäkologen der Frau (falls vorliegend)

- Abstriche vom Gebärmutterhals (Krebsvorsorgeabstrich „PAP“, Chlamydienabstrich)
- Operationsberichte (z.B. Fehlgeburten, Eileiteroperationen, Bauchspiegelungen)
- Blutuntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (Rötelnimmunität) nicht älter als 6 Monate *

Vom Urologen des Mannes (falls vorliegend)

- Hormonwerte (z.B. LH, FSH, Testosteron, Östradiol, Prolaktin)
- Zwei aktuelle Spermiogramme, qualitätskontrolliert nach WHO-Kriterien (nicht älter als 6 Monate)
- Operationsberichte (z.B. Varikozele, Leistenhoden, Gewebeproben aus dem Hoden)
- Histologie (feingewebliche Untersuchung) von Hodengewebe bei erfolgter Gewebeprobe

Blutuntersuchungen und Spermiogramme können wir, sofern diese Befunde noch nicht vorhanden sind, auch im Rahmen der Kinderwunschsprechstunde veranlassen.

Bitte bringen Sie beide zum Gespräch Ihre Versichertenkarten und Ihren Personalausweis mit.

Seien Sie bitte möglichst 15 Minuten vor dem Termin in der Sprechstunde, damit wir Sie aufnehmen können und das Gespräch pünktlich beginnen kann.

Sie müssen sich NICHT in der zentralen Patientenaufnahme des Klinikums registrieren, sondern können DIREKT zu unserer Leitstelle gehen, um sich bei uns DIREKT anzumelden!

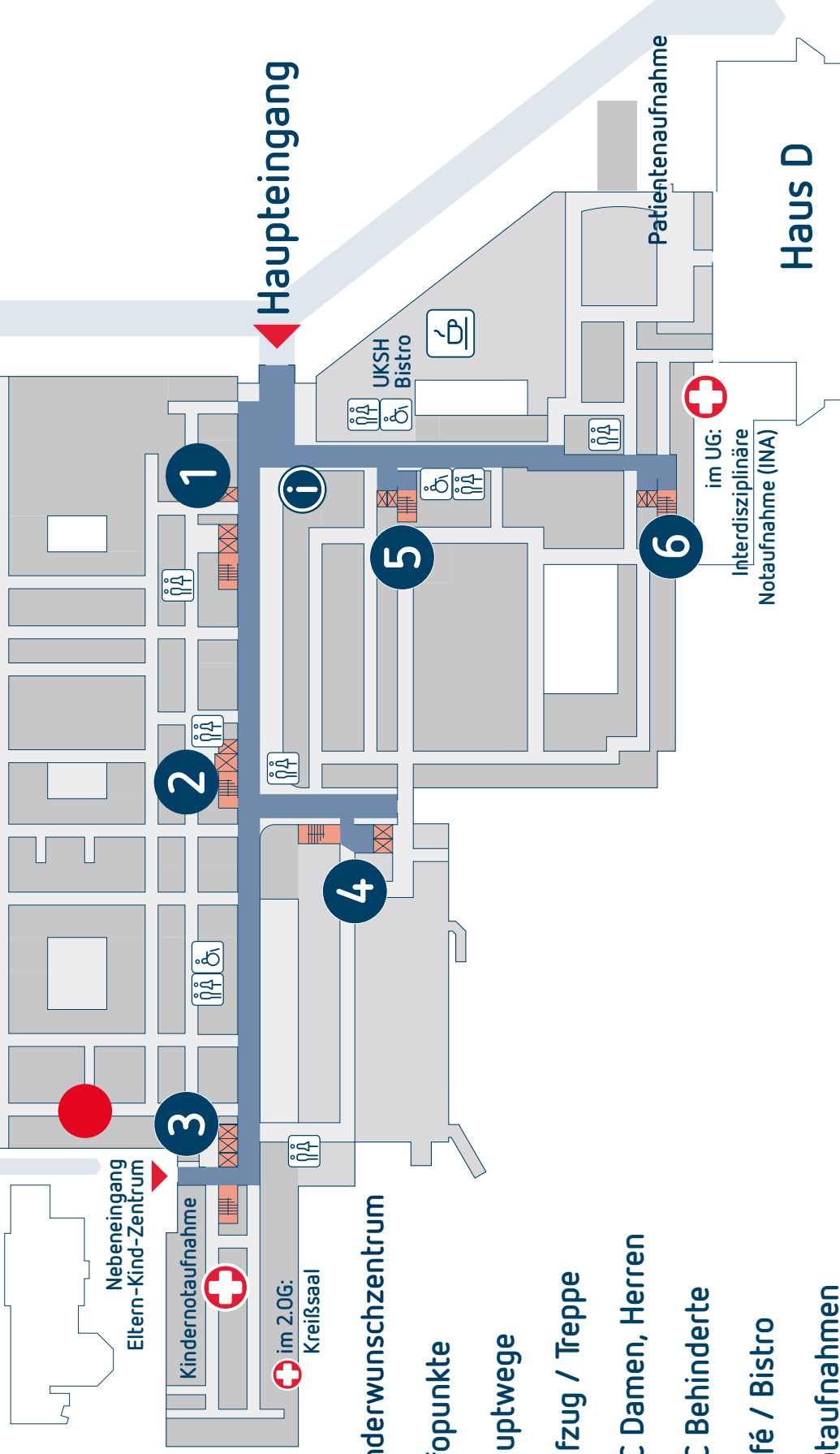
Wir freuen uns darauf Sie in Kürze kennen zu lernen!

Lageplan EG Haus C










Haus B

Haus A

Parkhaus
Kasse



Haus D

-  Kinderwunschzentrum
-  1 bis  6 Infopunkte
-  Hauptwege
-  Aufzug / Treppe
-  WC Damen, Herren
-  WC Behinderte
-  Café / Bistro
-  Notaufnahmen
-  Information



Übersicht über den Ablauf einer Kinderwunschbehandlung in unserem Zentrum

Das Erstgespräch (45 Minuten)

Ungewollte Kinderlosigkeit ist immer ein Problem, das beide Partner betrifft. Vor Beginn einer Behandlung wird deshalb immer eine sorgfältige Basisdiagnostik bei beiden Partnern vorgenommen. Diese berücksichtigt alle Faktoren, die für den Therapieerfolg, d.h. für das Herbeiführen einer Befruchtung, für den Eintritt einer Schwangerschaft und für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Außerdem erläutern wir Ihnen wichtige allgemeine Grundlagen einer Kinderwunschbehandlung.



Erste diagnostische Schritte bei Mann und Frau

Erste diagnostische Schritte werden im Erstgespräch erläutert und geplant



Befund- und Therapiegespräch (30 Minuten)

Die **Ergebnisse der Untersuchungen** erläutern wir Ihnen in einem ausführlichen Gespräch. Wir erläutern Ihnen ggf. notwendige weitere diagnostische Schritte, wenn diese erforderlich sein sollten (z.B. weitere Samenanalyse, Gebärmutter-/ Bauchspiegelung, genetische Beratung, Eileiterprüfung, weiterführende Hormonuntersuchungen usw. ...)

Weiterhin erfolgt die Erläuterung Ihrer **individuellen Therapie** (Ablauf, Chancen, Risiken, Kosten). Ggf. führen wir mit Ihnen dazu auch ein erneutes ausführliches Gespräch vor Ort.

Falls Medikamente eingesetzt werden, können Sie sich diese gleich von unseren Helferinnen im Anschluss an das Gespräch erklären lassen.



Therapie

Jetzt beginnt Ihre von uns „**maßgeschneiderte Paartherapie**“. Wir haben alle notwendigen diagnostischen Schritte abgeschlossen und Ihnen im Vorfeld alle Informationen für Ihre Behandlung erläutert.

Diagnostik Fruchtbarkeitsuntersuchungen bei Frau und Mann

Frau Bluttests

- Infektionen, Schilddrüse
- Eisenspeicher,
- Eierstockhormone
- „Biologische Uhr“ AMH
- Erbanlagenträger...

Ggf. weitere Maßnahmen

- Psychologische Begleitung
- Genetische Beratung
- Ernährungsberatung
- TCM/ Akupunktur
- Spezialdiagnostik nach wiederholten Fehlgeburten/ Fehlversuchen
- Gerinnungstests

Frau: Tägliche Einnahme von 400µg Folsäure, z.B. AdFetal, o.ä.

Mann Bluttests

- Infektionen
- Hodenhormone
- Erbanlagenträger...

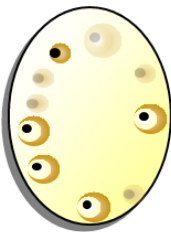
Ggf. weitere Maßnahmen

- Psychologische Begleitung
- Gendiagnostik
- Genetische Beratung
- Ernährungsberatung
- TCM/ Akupunktur
- Spezialdiagnostik nach wiederholten Fehlgeburten/ Fehlversuchen

In Kiel
(FL dienstags/ donnerstags)

Blutabnahme
Zyklusstag 2 bis 5
(selten ggf. Ultraschall)

Termin über Telefon
0431 – 500 922 20



Eierstock mit unreifen Eiblasten

Anatomische Untersuchungen
Zyklusstag 6 bis 12

- Gebärmutterspiegelung
- Eileiter-Ultraschallkontrolle („HyCoSy“):
Bitte 1h vor dem Termin Ibuprofen, Paracetamol, Dolormin o.ä. einnehmen („gegen Regelschmerz“)

oder

- Operative Bauch-/Gebärmutter-
spiegelung und Eileiterprüfung
in Vollnarkose

Termin in Kiel über Telefon
0431 – 500 922 20



Reifes Eiblasten und Eisprung

In Kiel
(FL dienstags/ donnerstags)

Ultraschall
(ggf. Blutentnahme)
Zyklusstag 10 bis 15
Zur Eisprung- und
Gebärmutterüberprüfung

Termin über Telefon
0431 – 500 922 20



Gelbkörper

In Kiel
(FL dienstags/ donnerstags)

Blutabnahme
Hormonmessung der
Gelbkörperfunktion

Termin über Telefon
0431 – 500 922 20



Terminvereinbarung über Telefon Kiel 0431 – 500 922 20

1x / 2x Samenmessung: Basis-Spermioogramm

Karenzzeit einhalten von 3-5 Tagen, nicht bei Krankheit!

Analyse der „WHO-4/6-Kriterien“ gemäß RILIBÄK, extern qualitativ kontrolliert „QuaDeGa“.
Zusätzlich Messung der Langlebzeitbeweglichkeit sowie Samenaufbereitung zur
Simulation einer Kinderwunschbehandlung.

Folgespermioogramm als „HBA-Spermioogramm“ zur Beurteilung der
funktionalen Samenreife und Ausschluss von Erbsubstanzschäden in den Spermien
(siehe auch FB E8-48 Information HBA-Test).

Ausschließlich Bezahlung per EC-Karte vor Ort!

- Spermioogramm mit Befundbericht 65.-€
- Spermioogramm mit HBA-Untersuchung mit Befundbericht 115.-€
- PKV-Spermioogramm 106,17€
- Wunschpermioogramm 70,52€; ggf. ärztliches Befundtelefonat 20,11€

Erweiterte Samendiagnostik „DNA-Spermioogramm“

Präzise Analyse der Erbsubstanzqualität der Spermien. Kosten 295.-€

Andrologisch-urologische Untersuchung

Zur Abklärung organischer Ursachen einer
männlichen Fruchtbarkeitsstörung nach
auffälligen Ergebnissen der
Samenuntersuchungen

Termin bei einem Urologen unter Vorlage der
Ergebnisse Ihrer Samenmessung, ggf. Überweisung

- z.B. Praxis Dr. Engel, Preetz, Tel. 04342 – 28 28
- z.B. Urologiezentrum Alter Markt, Kiel, Tel. 0431 – 990 29 59 0
- z.B. Urologie des UKSH Kiel; Tel. 0431 – 500 24812
- z.B. Uro-Zentrum-Nord Dres.-Wegner/Hoffmeyer/Fuhrberg
Flensburg/ Husum, Tel. 0461 – 30 55 0
- z.B. Praxis Dr. Ascan Jung, Heide, Tel. 04 81 - 8 10 88
usw.

Ergebnisbesprechung und Planung (Kiel, Flensburg, Heide)

Zum Nachlesen mehr unter www.uksh.de/kinderwunsch

**Infoabend in Kiel: Jeder erste Freitag im Monat ab 17.00 Uhr im
Kinderwunschzentrum. Nächster Termin am _____**

Erstellt: Herr PD Dr. v. Ohe Datum: 20.09.2022	Geprüft: Ulrike Chwalitz Datum: 21.09.2022	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Ohe Datum: 21.09.2022	Revision: 5 Datum: 21.09.2022 Datei: FB PVS (E8-01) Diagnostikschema Erstgespräch	Seite 1 von 1
--	--	---	---	---------------



Vorabinformationen zur Kostenübernahme von Kinderwunschbehandlungen

Sehr geehrtes Paar,

bereits im Erstgespräch beginnen wir mit den ersten diagnostischen Schritten, die für die individuelle Planung Ihrer Kinderwunschbehandlung erforderlich sind.

Wenn die Diagnostik abgeschlossen ist und die Kinderwunschtherapie geplant wird, müssen Sie **vor Beginn Ihrer Kinderwunschbehandlung** Ihren Versicherer (gesetzliche Krankenkasse, private Krankenkasse, weitere Kostenträger) über die anstehende Therapie informieren und dessen Zustimmung einholen, um eine (ggf. anteilige) Kostenübernahme zu erwirken.

Da dies mittlerweile eine „Wissenschaft für sich“ geworden und für den Laien kaum noch durchschaubar ist, unterstützen wir Sie gerne und erläutern Ihnen hier den Ablauf:

- **Gesetzliche Krankenkassen:**

Bitte reichen Sie die von uns ausgestellten **Behandlungspläne** („Rosa Bogen“) **mit den dazugehörigen Anlagen** jeweils bei der zuständigen Krankenkasse des Ehemannes bzw. der Ehefrau ein. Wichtig: Die jeweilige Krankenkasse wird den genehmigten Behandlungsplan nicht direkt an uns, sondern an Sie zurückschicken. Bitte reichen Sie diese Unterlagen dann an uns weiter, da wir ohne eine Genehmigung Ihrer Kasse keine Kassenrezepte ausstellen dürfen.

Bitte unterzeichnen Sie außerdem die **Vergütungsvereinbarung** („**Behandlungsvertrag für GESETZLICH Versicherte**“) über Ihren Eigenanteil in Höhe von 50%, den gesetzlich Versicherte seit dem 1.1.2004 bei den meisten Formen der Kinderwunschbehandlung zu zahlen haben. Geben Sie diesen Vertrag ebenfalls wieder bei uns ab.

Ein Behandlungsbeginn ist erst möglich, wenn beide Kostenzusagen (Behandlungsplan + Behandlungsvertrag) unterschrieben bei uns vorliegen.

- **Private Versicherer, Heilfürsorge, Beihilfe:**

Wir schließen mit Ihnen einen privatärztlichen Behandlungsvertrag ab und liquidieren gemäß aktueller Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zahlungspflichtig uns gegenüber sind Sie und nicht Ihre Versicherung/ Ihr Kostenträger. Sollten Sie sich über eine private Krankenkasse und/oder über Beihilfe refinanzieren, beachten Sie bitte Folgendes: Die Versicherer fordern vor Behandlungsbeginn individuell unterschiedlich **ärztliche Gutachten, Fragebögen, Befunde, Musterrechnungen** o.ä. von uns oder Ihren bisher behandelnden Ärzten an. Klären Sie im eigenen Interesse **vor Behandlungsbeginn** inwieweit sich Ihr Versicherer an den Kosten beteiligt oder sie auch komplett übernimmt (Kostenübernahmeerklärung Ihres Versicherers).

Bei Fragen sprechen Sie unser Team gerne an!



Ihr persönlicher Erstgesprächsfragebogen

Sehr geehrtes Paar,

bitte wundern Sie sich nicht – wir haben hier einen sehr umfangreichen Fragebogen zusammengestellt, der uns hilft Ihre individuelle Vorgeschichte besser kennenzulernen. Beantworten Sie diese Fragen möglichst genau und **bringen diesen Bogen bitte ausgefüllt zu Ihrem Erstgespräch mit**. Dadurch können wir Ihre Kinderwunschbehandlung persönlicher und erfolgreicher gestalten sowie Risiken vermeiden.

Vielen Dank!

Name der Frau	_____	Vorname	_____
Geburtsname	_____	Geburtsdatum	___/___/19___ Alter: ___
Geburtsort	_____		
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Bundesland	_____	Anfahrtsdauer zu uns	_____
Telefon	_____	Handy	_____
Fax	_____	Email	_____
Beruf	_____	Krankenversicherung	_____
Behandelnder Frauenarzt/-ärztin	_____		
Adresse	_____	Telefon	_____

Name des Partners / Ehemannes	_____		
Geburtsname	_____	Geburtsdatum	___/___/19___ Alter: ___
Geburtsort	_____		
Adresse	_____	Telefon /Handy	_____
Beruf	_____	Krankenversicherung	_____
Behandelnder Urologe/ Androloge	_____		

Seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft? _____

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein Wenn ja, seit wann: _____

Erstellt: Herr PD Dr. v. Otte	Geprüft: Stefanie Schansker	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Otte	Revision: Datum:	Seite 1 von 6
Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datei: I:\Universitäres Kinderwunschzentrum Kiel\0Formulare und QMS\FB PVS\FB 20 Erstgesprächsfragebogen.docx	



Fragen an beide Partner

Wenn ja, welche ?

1. Wie oder durch wen haben Sie von uns und unserem Angebot erfahren?

- Frauenarzt
- Urologe
- Anzeige in _____
- Freundin oder Freund
- Internet
- Sonstiges _____

2. Seit wann wünschen Sie sich in dieser Partnerschaft bereits ein Kind?
Seit _____

6. Wie war Ihr Reiseverhalten in den letzten 12 Monaten?

Bitte schreiben sie die Orte auf, an denen sie sich in den letzten 12 Monaten aufgehalten haben:

3. Empfinden Sie den bisher unerfüllten Kinderwunsch als belastend?

- ja nein

Wenn ja: wie äußert sich dies? Fühlen Sie sich sehr beeinträchtigt? Können Sie offen darüber sprechen?

4. Haben Sie in Ihrem Bekanntenkreis Kontakt zu anderen Kinderwunschpaaren? Welche Eindrücke haben Sie gewonnen?

7. Gibt es dringende Fragen, Anmerkungen oder Wünsche, auf die wir gezielt in diesem Erstgespräch eingehen sollen?

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit diese hier aufzuschreiben:

5. Haben Sie sich bereits durch andere Informationsquellen über therapeutische Möglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch informiert?

- ja nein



♀ Fragen für die Frau

1. Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- nie/selten
 bei Feiern/gelegentlich
 häufiger
 regelmäßig

2. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

- ja nein

Wenn ja: _____ Zigaretten pro Tag über /
seit _____ Jahren.

3. Welchen Hobbys gehen Sie nach?

4. Geraten Sie in Beruf oder Hobby in Kontakt mit chemischen Substanzen, inhalativen Dämpfen oder Ähnlichem?

5. Wie schwer und wie groß sind Sie?

_____ kg und _____ cm

6. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Wenn ja, welche Sportart und wie häufig?

7. Ernähren Sie sich mit einer speziellen Diät, z.B. vegetarisch?

- ja nein

Wenn ja, welche?

8. Wie alt waren Sie bei Beginn Ihrer Regelblutungen?

Ca. _____ Jahre

9. In welchen Abständen haben Sie aktuell Ihre

Regelblutungen (Abstand vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag der Regel)?

- Regelmäßig, zwischen _____ und _____
Tagen/Wochen/Monaten
 Unregelmäßig, zwischen _____ und _____
Tagen/Wochen/Monaten
 Ich habe gar keine Regelblutung mehr.

10. Wie viele Tage dauert Ihre Regelblutung durchschnittlich?

Etwa _____ bis _____ Tage

11. Haben Sie Schmierblutungen, z.B. vor oder nach Ihrer Regelblutung oder auch mitten im Monatszyklus?

- ja nein

Wenn ja, wann? _____

12. Haben Sie intensive Schmerzen während Ihrer Regelblutung?

- ja nein

13. Haben Sie Zwischenblutungen?

- ja nein

Wenn ja, wann? _____

14. Wann begann Ihre letzte Regelblutung vor diesem Gesprächstermin?

am _____._____._____

15. Haben Sie früher mit einer Spirale verhütet?

- ja nein

16. Haben Sie die Pille genommen?

- ja nein

Wenn ja welche und wie viele Jahre lang?

17. Haben Sie verstärkten Haarausfall?

- ja nein



18. Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt?

ja nein

19. Haben Sie unreine Haut oder Akne?

ja nein

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

ja nein

21. Hatten Sie Unterleibsentzündungen?

ja nein

22. Ist bei Ihnen eine „Endometriose“ bekannt?

ja nein

23. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

ja nein

24. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?

ja nein

25. Wurden bei Ihnen Operationen an Bauch- oder Unterleib durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Jahr	Art der Operation	Besonderheiten

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

ja nein

27. Waren Sie schon einmal schwanger?

ja nein

28. Wenn ja, von Ihrem jetzigen Partner?

ja nein

29. Wie lange hat es bei ungeschütztem Verkehr gedauert, bis die Schwangerschaft eintrat?

_____ Monate/ Jahre

30. Haben Sie bereits eigene Kinder?

ja nein

Wenn ja:

Geburtsjahr	Art der Entbindung*	Besonderheiten

*z.B. normale Entbindung/ Kaiserschnitt/ Zangen- oder Sauglockenentbindung

31. Hatten Sie Fehlgeburten?

ja nein

Wenn ja, wann?

Wenn ja, ist deren Ursache bekannt?

32. Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?

ja nein

Wenn ja, wann?

33. Seit wann verhüten Sie aktuell nicht mehr?

Seit: _____

34. Wie häufig haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

ca. _____ mal pro Woche

ca. _____ mal pro Monat

35. Glauben Sie, dass es bisher Umstände gab, die das Eintreten einer Schwangerschaft verhindert haben?

- Arbeitszeiten ja nein

- Abwesenheit des Partners, z.B. beruflich

ja nein

- andere _____



36. Waren Sie wegen unerfüllten Kinderwunsches bei anderen Ärzten in Behandlung?

ja nein

Ich war in Behandlung bei _____

37. Wenn ja, mit welchen Behandlungen (z.B. Zykluskontrolle, Insemination, IVF, ICSI) und Medikamenten?

Von	Bis	Therapie	Medikament

38. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose/Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zysten im Eierstock	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Andere:

39. Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosis?

40. Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche?

41. Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern/ Geschwistern bekannt?

- Erbkrankheiten: _____
- Krebserkrankungen: _____
- Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen (Betreffendes unterstreichen)
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Andere _____



♂ Fragen für den Mann

1. Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- nie/selten
 bei Feiern/gelegentlich
 häufiger
 regelmäßig

2. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

- ja nein

Wenn ja: _____ Zigaretten pro Tag über /
seit _____ Jahren

3. Welchen Hobbys gehen Sie nach?

4. Geraten Sie in Beruf oder Hobby in Kontakt mit chemischen Substanzen, inhalativen Dämpfen oder Ähnlichem?

5. Wie schwer und wie groß sind Sie?

_____ kg und _____ cm

6. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Wenn ja, welche Sportart und wie häufig?

7. Ernähren Sie sich mit einer speziellen Diät, z.B. vegetarisch?

- ja nein

Wenn ja, welche?

8. Haben Sie Kinder aus einer anderen Partnerschaft?

- ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

9. Sind in Ihrer Vorgeschichte Entzündungen, Fehlbildungen, Operationen oder Verletzungen des Genitale bekannt?

- ja nein

Wenn ja, welche ?

10. Wurde eine Samenleiterdurchtrennung (Sterilisation) durchgeführt?

- ja nein

11. Wurden Sie auf Ihre Zeugungsfähigkeit hin untersucht?

- ja nein

Wenn ja, wann bei welchem Arzt?

12. Wurde bereits eine Samenanalyse (Spermogramm) durchgeführt?

- ja nein

13. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfadern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit/Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Andere _____

14. Nehmen Sie Medikamente ein?

- ja nein

Wenn ja, welche?

15. Haben Sie Allergien?

- ja nein

Wenn ja, welche?

16. Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern/ Geschwistern bekannt?

- Erbkrankheiten:
 Krebserkrankungen:
 Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen
 Unerfüllter Kinderwunsch
 Andere _____



Aufklärung und Einwilligung

für die Verwendung des elektronischen Überwachungssystems RI Witness™ zur sicheren Vermeidung von Verwechslungen

Name, Vorname der Patientin

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin,

Sie stellen sich zur Durchführung einer Kinderwunschbehandlung entweder durch **Insemination, Auftauzyklus oder durch eine IVF- / ICSI-Behandlung** vor.

Die **Sicherheit Ihrer Samen- oder Eizellproben sowie Ihrer Embryonen** hat für uns höchste Priorität. Wir möchten Verwechslungen in unseren Abläufen unbedingt vermeiden.

Probenverwechslungen im IVF-Labor haben sehr **schwerwiegende Folgen für Patienten und müssen unbedingt vermieden werden**. Deshalb erfolgt die Kennzeichnung der Kulturschälchen und Röhrchen mit allergrößter Sorgfalt durch Beschriftung mit dem Patientennamen und dem Geburtstag, mit einer **einzigartigen Patienten-ID**, mit einem **Farbcode** oder mit einer Kombination dieser Elemente. Außerdem arbeiten wir grundsätzlich mit dem **Vier-Augen-Prinzip**.

Im Universitären Kinderwunschzentrum Kiel haben wir uns aber darüber hinaus entschieden **zusätzlich** zur herkömmlichen Probenkennzeichnung das

elektronische Überwachungssystem „RI WITNESS™“

zu verwenden, um mit höchstmöglicher Wahrscheinlichkeit die Verwechslung von Patientenproben auszuschließen.

In unserem Zentrum finden ALLE Behandlungen ausschließlich mit dem Witness-System statt!

Das RI WITNESS™ - System wird weltweit als **Sicherheitssystem** in angesehenen IVF-Kliniken eingesetzt und gilt als Goldstandard. Es handelt sich dabei um ein elektronisches System, **das aktiv die Verwechslung von Patientenproben im IVF-Labor verhindert**. Wir verwenden dieses als erste Klinik in Schleswig-Holstein.

Ri WITNESS™ basiert auf **Radiofrequenzidentifikation (RFID)**. Jedes Probengefäß, das z.B. Eizellen, Spermazellen oder Embryonen enthält, trägt einen RFID-Transponder, auf dem während des Arbeitsverlaufs im Labor die zugehörigen Patientendaten codiert werden. Alle Arbeitsflächen im Labor sind mit integrierten Antennen ausgestattet, mit denen die Proben kontinuierlich ausgelesen werden. So können irrtümliche Verwechslungen sicher vermieden werden. Nähere Details entnehmen Sie auch gerne unserem Flyer „Das Witness-System“ zum Thema oder sprechen uns auch gerne an.

Die Materialkosten für eine Inseminations- und Auftauzyklusbehandlung betragen 25€, für eine IVF- bzw. ICSI-Therapie 55€.

Diese Beträge buchen wir bei Ihnen vor Transfer bzw. Insemination mit der EC-Karte ab. Mit Ihrer Unterschrift dokumentieren Sie Ihre Zustimmung und hinreichende Aufklärung.

Datum

Unterschrift des Mitarbeiters

Unterschrift der Patientin

Erstellt: PD Dr. Sören von Otte	Geprüft: Ulrike Chwalisz	Freigegeben: Herr PD Dr.v.Otte	Revision: Datum:	Seite 1 von 1
Datum: 28.06.2023	Datum: 06.07.2023	Datum: 06.07.2023	Datei:FB PVS (E8-109) Einwilligung_Aufklärung_Witness	



Ihre Behandlungsdaten Information und Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

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 Embryonenschutzgesetz) ergeben.

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

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**.

Die Datensammlung selbst 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.

KENNTNISNAHME/ EINWILLIGUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass das behandelnde Kinderwunschzentrum zur Speicherung und pseudonymisierter Weiterleitung der Behandlungsdaten an **QSReproMed der Ärztekammern** gemäß obiger Erläuterung **verpflichtet** ist.

Hiermit willigen wir in die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten an die **wissenschaftlichen Register (Deutschen IVF Registers und Netzwerk FertiPROTEKT) gemäß obiger Erläuterung ein!** (Umseitig aufgeführte Informationen 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).

oder

Hiermit lehnen wir die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten an das **Deutsche IVF-Register bzw. FertiPROTEKT** ab!

Name: Patientin

Name: Patient

Geburtsdatum: Patientin

Geburtsdatum: Patient

Ort _____, Datum _____

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient

Erstellt: Stefanie Schansker	Geprüft: Stefanie Schansker	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Otte	Revision: 1 Datum: 24.11.2020	Seite 1 von 2
Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datum: 25.10.2018	Datei: I:\Universitäres Kinderwunschzentrum Kiel\0Formulare und QMS\FB PVS\FB 17 Datenübermittlung DIR.docx	



Deutsches IVF Register (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: geschaefsstelle@deutsches-ivf-register.de

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

QSRepromed

Qualitätssicherung Reproduktionsmedizin bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein **der Ärztekammer Schleswig-Holstein** (Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg)

Ansprechpartner Dr. Simon Pörksen

Tel 04551 803 615

info@qsrepromed.de

www.qsrepromed.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

Rechte des Betroffenen:

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens der Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art.17 DSGVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art 18 DSGVO) oder eines Widerspruchs gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Sie können die Einwilligung jederzeit gegenüber den Verantwortlichen ohne Angabe von Gründen widerrufen (Art. 7 DSGVO). Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.

Sie haben das Recht der Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 15 DSGVO).



Einwilligung zur Befundübermittlung an Ihren zuweisenden oder weiterbehandelnden Arzt (z.B. Ihr Gynäkologe, Urologe, Hausarzt)

Patientin: _____ Geb. Datum.: _____
 Patient: _____ Geb. Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrtes Paar,

eine **Datenübermittlung** (z.B. Befundbriefe, Befunde oder Abschlussberichte) durch uns, d.h. die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH, an Ihren Vor- oder Weiterbehandler (z.B. Ihr Gynäkologe, Hausarzt, Urologe usw.) ist nach datenschutzrechtlichen Kriterien **immer nur mit Ihrer Einwilligung** möglich.

Ihre **Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.**

Im Falle des **Widerrufs** findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt bzw. o.g. Behandlern und Ambulanzzentrum des UKSH statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ich bin damit einverstanden und wünsche, dass die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH die mich betreffenden **Behandlungsdaten und Befunde an folgende Ärzte** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt:

Arzt _____
(Name und Anschrift des Arztes)

Arzt _____
(Name und Anschrift des Arztes)

Arzt _____
(Name und Anschrift des Arztes)

Ich bin nicht damit einverstanden und wünsche nicht, dass die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte übermittelt.

(Datum)

(Unterschrift Patientin)

(Datum)

(Unterschrift Patient)

Erstellt: Jasmin Asseln	Geprüft: Stefanie Schansker	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Otte	Revision: Datum:	Seite 1 von 1
Datum: 26.10.18	Datum: 26.10.18	Datum: 26.10.18	Datei: I:\Universitäres Kinderwunschzentrum Kiel\0Formulare und QMS\FB PVS\FB 34 Einverständnis Datenübermittlung.docx	



Ambulanzzentrum des UKSH
gGmbH

Universitäres MVZ Kiel
für Spezialdiagnostik und genetische Medizin

Fachbereich Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie

Tel.: 0431 500 – 922 20

Fax: 0431 500 – 922 24

An die Praxis

Befundanforderung zur Therapiefortsetzung im Universitären Kinderwunschzentrum Kiel

Patientin: _____ geb. _____

Patient: _____ geb. _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wünschen die Durchführung/ Fortsetzung unserer Behandlung im Universitären Kinderwunschzentrum Kiel.

Aus diesem Grund erteilen wir hiermit dem Universitären Kinderwunschzentrum Kiel die Vollmacht über die Einforderung unserer Patienten- und Behandlungsdaten in vollem Umfang. Diese stehen uns gemäß §10 Abs.2 der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein gesetzlich zu.

Wir wünschen daher die Aushändigung aller behandlungsrelevanten Daten und Befunde einschließlich vorhandener Stimulations- bzw. Behandlungsprotokolle, insbesondere:

- | | | |
|--|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Hormonbefunde | <input type="checkbox"/> Operationsberichte vom | 1. _____ |
| <input type="checkbox"/> Virusserologische Befunde | | 2. _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppe | | 3. _____ |
| <input type="checkbox"/> Röteln-Antikörper-Titer | <input type="checkbox"/> Stimulationsprotokolle (Gonadotropingabe) | |
| <input type="checkbox"/> Spermabefunde | <input type="checkbox"/> Sonstiges | 1. _____ |
| <input type="checkbox"/> zusammenfassender Bericht | | 2. _____ |
| | | 3. _____ |

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Patientin

Datum, Patient

Erstellt: Susan Lucks	Geprüft: Stefanie Schansker	Freigegeben: Herr PD Dr. v. Otte	Revision: Datum:	Seite 1 von 1
Datum: 25.09.2018	Datum: 25.09.2018	Datum: 25.09.2018	Datei: I:\Universitäres Kinderwunschzentrum Kiel\0Formulare und QMS\FB PVS\FB 16 Schweigepflichtsentbindung.docx	