

# Ki.Nd – Kinderwunschzentrum Niederrhein

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
Madrider Str.6 • 41069 Mönchengladbach  
Tel.: 02161/49686-0 • Fax: 02161/49686-19  
E-Mail: info@ki-nd.de • Website: www.ki-nd.de



Name Patientin: \_\_\_\_\_

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

- Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit unserer Angaben auf den Anamnesedokumenten!
- Im Rahmen der Kinderwunschbehandlung ist eine Blutanalyse von HIV, Hep. B und C gesetzlich vorgeschrieben. Wir geben hiermit unsere schriftliche **Einverständniserklärung für diese Blutabnahme**.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin

X

Unterschrift Patient

## Befundfreigabe

Mit einer Befundweitergabe an meine/n Partner/in oder Ehefrau/-mann bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin

X

Unterschrift Patient

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns einverstanden, dass

- mein/unsere behandelnde(r) Arzt meine/unsere Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an die u. g. Ärzte übermittelt.
- der mich/uns behandelnde(r) Arzt bei den u. g. Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt, und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- unsere Daten anonymisiert zur Verarbeitung im Deutschen IVF- Register (DIR) sowie an die Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin der Ärztekammer Nordrhein weitergeleitet werden
- der/die überweisende/n Ärzte einen Arztbrief erhält
- die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, sowie meine Daten zu Diagnose und Therapie in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

**Ärzte, an die eine Befundübermittlung erfolgen darf (auch überweisender Arzt) bitte ausfüllen:**

Dr.: .....

.....

.....

- Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.
- Die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der ärztlichen Behandlung habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und bin/sind mit der Datenerhebung einverstanden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz finden Sie als Aushang in unseren Wartezimmern!

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin

X

Unterschrift Patient