

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: _____

Geb. Datum: _____

- Hiermit bestätige Ich die Richtigkeit unserer Angaben auf den Anamnesedokumenten!
- Im Rahmen der Kinderwunschbehandlung ist eine Blutanalyse von HIV, Hep. B und C gesetzlich vorgeschrieben. Ich gebe hiermit mein schriftliches **Einverständnis für diese Blutabnahme**.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin

Befundfreigabe

Mit einer Befundweitergabe an u. g. Person bin ich einverstanden: Ja Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____
(Person die Befundauskünfte erhalten darf)

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin

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

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

- mein/unser behandelnder 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 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.:
.....
.....

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

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

Ort/Datum

X

Unterschrift Patientin