

Patientendaten

Patientin ♀

Patient ♂

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnr.		
PLZ und Ort		
Tel. Nr. privat		
Tel. geschäftl.		
Mobil		
e-Mail		
Krankenversicherung		
Betreuender Frauenarzt (Name, Adresse)		
Miteinander verheiratet?		
Mit anderem Partner noch verheiratet?		
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?		

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben. Uns ist bekannt, dass vor Beginn einer Kinderwunschbehandlung die vollständige Corona-Impfung beider Partner ärztlich dringend angeraten wird.

Frankfurt am Main, den

Unterschrift Patientin

Unterschrift des Patienten

Schweigepflichtsentbindung

Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Patient

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

- Herrn Prof. Dr. med. Kissler
- Frau Prof. Dr. med. Wiegratz
- Frau Ines Voß
- Frau Verena Fehringer
- Frau Dr. med. Bordignon
- Frau Yuliia Blazhko
- Frau Gresanu

von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse (SGB V), meinem Frauenarzt und meinem Partner. Darüber hinaus erlaube ich die Übermittlung meiner Daten an:

- **Medizinisches Labor Frankfurt, Heidelberger Str. 13, 60327 Frankfurt / Main** (Bestimmung von Hormon-, Blut- & mikrobiologischen Parametern)
- **Frau Dr. med. Lidia Finior**, Fachärztin für Anästhesiologie

soweit es sich um Fragen handelt, die im Zusammenhang mit der hier durchgeführten Therapie und dafür erhobenen Befunde stehen.

Frankfurt am Main, den

Patientin

Patient

Anamnesebogen der Patientin – Seite 1 Name,

Vorname:

Geburtsdatum:

Waren Sie jemals schwanger?

Seit wann besteht Kinderwunsch?

Alter bei der ersten Periode:

Zykluslänge (z.B. 26-29 Tage): Blutungsdauer (z.B. 3-6 Tage):

Blutungsstärke (z.B. leicht/mittel/stark):

Schmerzen bei der Periode (z.B. keine/leicht/mittel/stark):

Einnahme von Schmerzmitteln während der Periode: ☐ ja ☐ nein

Beginn der letzten Periode (Datum des 1. Blutungstags):

Verhütungsmethode(n) vor Kinderwunsch:

Bisherige Schwangerschaften:

Geburt(en):

Wurde die Eileiterdurchgängigkeit geprüft:

Austritt von Flüssigkeit aus der Brust:

Bisherige Kinderwunschbehandlung:

Datum und Ergebnis der letzten Krebsvorsorge:

Datum und Ergebnis der letzten Chlamydienuntersuchung:

Reisen in Zikavirusgebiete (letzte 6 Monate):

Besteht bei Ihnen Röteln-Immunität (z.B. durch Nachweis zweimaliger Impfung oder Bestimmung des Röteln-Titers)?:

Medikamente:

Anamnesebogen der Patientin – Seite 2

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Allergien gegen Medikamente:

Sonstige Allergien:

Regelmäßige Folsäureeinnahme:

Grunderkrankungen (z.B. Bluthochdruck, ...):

Operationen:

Wurde bei Ihnen jemals eine Sterilisation durchgeführt?:

Krebserkrankungen:

Thrombosen / Lungenembolie bei Ihnen oder in der Familie:

Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Ihnen oder in der Familie:

Genetische Erkrankungen bei Ihnen oder in der Familie:

Größe (cm): Gewicht (kg):

Rauchen: Alkohol:

Anwendung von Drogen:

Beruf:

Frankfurt am Main, den

Unterschrift

Anamnesebogen des Partners/Ehegatten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Haben Sie Kinder?:

Haben Sie in Ihrem Leben Schwangerschaften gezeugt?:

Grunderkrankungen (z.B. Bluthochdruck):

Operationen:

Wurde bei Ihnen jemals eine Sterilisation durchgeführt?:

Krebserkrankungen:

Genetische Erkrankungen bei Ihnen oder in der Familie:

Hodenhochstand (z.B. in der Kindheit)?:

Krampfader am Hoden (Varikozele)?

Spermiogramm:

Medikamente:

Allergien gegen Medikamente:

Sonstige Allergien:

Größe (cm): Gewicht (kg):

Rauchen: Alkohol:

Anwendung von Drogen (z.B. Cannabis,...):

Beruf:

Frankfurt am Main, den 06.10.2023

Unterschrift Name des Partners; Mark Testmann

Einverständniserklärung

Name, Vorname Patientin:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AÄA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AÄA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AÄA die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie AÄA von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder AÄA zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Frankfurt am Main, 15.02.2022



Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und
ggf. abweichender/-r Rechnungsempfänger/-in
* bei Personen unter 18
Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt
Geschäftsfähigen

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum
Dr. Güldener GmbH

Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine
Zweitschrift aus.

403671700

apl. Prof. Dr. med. Stefan Kissler

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin

Gräfstr.97

60487 Frankfurt am Main

Tel: 069 506068657

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) übertragen. Die Rechnungsstellung über AÄA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

AÄA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet AÄA Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von AÄA gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen AÄA an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. AÄA wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist AÄA gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von AÄA. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter www.apotheken-aerzte.de/datenschutz.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktaten von AÄA und des Datenschutzbeauftragten Apotheken- und Ärzte-
Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB
25399
Marienstraße 10, 70178 Stuttgart
Telefon: 0711 99373-2100
Telefax: 0711 99373-2130

Datenschutzbeauftragter AÄA · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart datenschutz@apotheken-aerzte.de

www.apotheken-aerzte.de

Einverständniserklärung

Name, Vorname Partner/Ehegatte:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AÄA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AÄA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AÄA die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie AÄA von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder AÄA zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Frankfurt am Main, 15.02.2022



Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und
ggf. abweichender/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18

Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt
Geschäftsfähigen

**Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum
Dr. Güldener GmbH**

Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine
Zweitschrift aus.

403671700

apl. Prof. Dr. med. Stefan Kissler

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin

Gräfstr.97

60487 Frankfurt am Main

Tel: 069 506068657

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) übertragen. Die Rechnungsstellung über AÄA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

AÄA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet AÄA Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von AÄA gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen AÄA an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. AÄA wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist AÄA gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von AÄA. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter www.apotheken-aerzte.de/datenschutz.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von AÄA und des Datenschutzbeauftragten Apotheken- und Ärzte-
Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB
25399
Marienstraße 10, 70178 Stuttgart
Telefon: 0711 99373-2100
Telefax: 0711 99373-2130

Datenschutzbeauftragter AÄA · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart datenschutz@apotheken-aerzte.de

www.apotheken-aerzte.de

**Information zur Datenverarbeitung
Einwilligung in die Übermittlung zur Qualitätssicherung**

Kinderwunsch- & Hormonzentrum Frankfurt am Main
Gräfstraße 97
60487 Frankfurt am Main

Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich bin umfassend darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung meine personenbezogenen Daten pseudonymisiert an eine Datenannahmestelle der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (AG QS ReproMed) bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) übermittelt werden.

☐ Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in meines Kindes willige ich zudem in die pseudonymisierte Übermittlung personenbezogener Daten meines Kindes (z. b. des Geburtsmonats) ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der o.g. Praxis widerrufen kann und mir aus einer Verweigerung der Einwilligungen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.

Frankfurt am Main, den

Unterschrift der Patientin

**Information zur Datenverarbeitung
Einwilligung in die Übermittlung zur Qualitätssicherung**

Kinderwunsch- & Hormonzentrum Frankfurt am Main
Grädfstraße 97
60487 Frankfurt am Main

Patient

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich bin umfassend darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung meine personenbezogenen Daten pseudonymisiert an eine Datenannahmestelle der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (AG QS ReproMed) bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) übermittelt werden.

☐ Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in meines Kindes willige ich zudem in die pseudonymisierte Übermittlung personenbezogener Daten meines Kindes (z. b. des Geburtsmonats) ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der o.g. Praxis widerrufen kann und mir aus einer Verweigerung der Einwilligungen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.

Frankfurt am Main, den 06.10.2023

Unterschrift des Patienten