



KINDERWUNSCHZENTRUM LUDWIGSHAFEN

PRAXIS DRES. SCHMIDT · Ludwigstraße 54 b · 67059 Ludwigshafen

DRES. SCHMIDT
UND KOLLEGINNEN

Frauenärzte
Gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin

Ludwigstraße 54 b
67059 Ludwigshafen

T 0621.592 986-88
F 0621.592 986-90

kontakt@kinderwunsch-lu.de
KINDERWUNSCH-LU.DE

Sehr geehrtes Paar, liebe Patientin,

wir haben mit Ihnen für ein erstes Beratungsgespräch einen Telefon- bzw. Videosprechstundentermin vereinbart. Um uns auf diesen Termin optimal vorbereiten zu können bzw. Sie in unserem gemeinsamen Gespräch optimal beraten zu können, bitten wir Sie folgende Unterlagen vorab zu bearbeiten:

Bitte füllen Sie zunächst unseren online-Anamnesebogen aus

Sie finden den online-Anamnesebogen direkt auf der Startseite unserer Homepage (www.kinderwunschzentrum-ludwigshafen.de). Alternativ scannen Sie den beigefügten QR-Code ab und füllen den Anamnesebogen auf Ihrem Smartphone oder Tablet aus.



Folgende Unterlagen schicken Sie anschließend bitte per Mail an unterlagen@kinderwunsch-lu.de

- Kopie Versichertenkarte von Mann und Frau (sofern gesetzlich versichert)
- Kopie Personalausweis von Mann und Frau
- Die ebenfalls im Anhang befindliche Einverständniserklärung zum Datenschutz unterschrieben von beiden Partnern (falls digitale Unterschrift im Rahmen des online-Anamnesebogens nicht möglich)

Unsere „Patienteninformation zum Datenschutz“ können Sie auf unserer Homepage einsehen: www.kinderwunschzentrumludwigshafen.de>>Infothek>>downloads

- Befund der letzten Krebsvorsorgeuntersuchung (PAP-Abstrich) (bitte bei Frauenarzt/-ärztin anfordern)
- gynäkologische OP-Berichte der Frau (z.B. Prüfung der Eileiterdurchgängigkeit) (falls vorhanden)
- Hormonanalyse der Frau (falls vorhanden)
- Spermogramm des Mannes (falls vorhanden)

Wir freuen uns auch über einen Besuch auf unserer Homepage. **Wir weisen höflich daraufhin, dass eine Audio- oder Videoaufzeichnung des Arzt-/ Patientengesprächs nicht gestattet ist.**

Falls nicht alle Befunde vorliegen, werden wir im persönlichen Gespräch erörtern, welche Befunde nachgeholt bzw. nachbestimmt werden müssen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der o.g. Termin nur stattfinden kann, sofern alle unterstrichenen Unterlagen **min. 24 Stunden vor dem Termin per Mail zugesendet** worden sind. Falls Sie ein Gespräch per Videosprechstunde wünschen, werden wir Ihnen zum Betreten des virtuellen Wartezimmers wenige Minuten vor Beginn des Termins einen Link per sms oder E-Mail zuschicken,

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Ärzteteam des Kinderwunschzentrum Ludwigshafen



KINDERWUNSCHZENTRUM LUDWIGSHAFEN

PRAXIS DRES. SCHMIDT · Ludwigstraße 54 b · 67059 Ludwigshafen

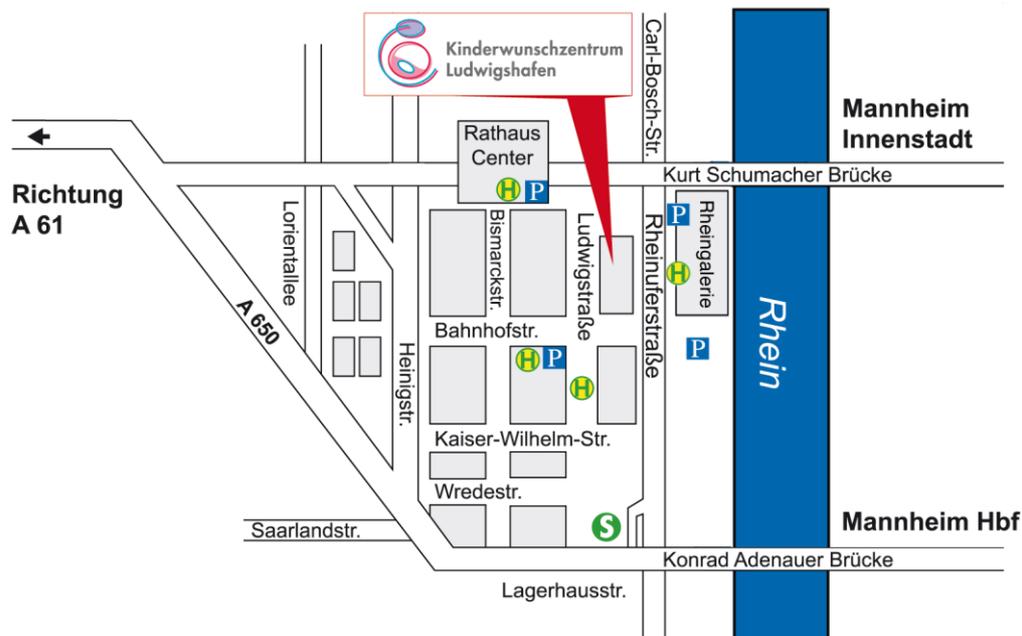
Wichtige Informationen:

Eine Kinderwunschbehandlung ist stets eine Therapie des Paares. Die standesrechtlichen Richtlinien geben vor, dass Paare mit Kinderwunsch über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren umfassend informiert und aufgeklärt werden. Entsprechend erfolgt die Abrechnung des Erstgespräches sowohl über die Krankenkasse der Frau als auch des Mannes.

Wir möchten uns ausreichend Zeit für Sie nehmen. Für ein Erstgespräch planen wir in der Regel 45 Minuten ein.

Bitte beachten Sie, dass wir daher bei **Nichteinhaltung dieses Arzttermins** ein Ausfallhonorar in Höhe von **75 €** erheben müssen. Bitte sagen Sie den Termin bei Verhinderung rechtzeitig ab.

Anfahrtskizze und Parkmöglichkeiten:



Das Kinderwunschzentrum Ludwigshafen befindet sich im Zentrum der Stadt Ludwigshafen in der Ludwigstr. 54 b (am Ludwigsplatz) und ist daher gut zu erreichen. Die Anfahrt ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem Auto problemlos möglich.

In unmittelbarer Nähe der Praxis befinden sich die folgenden Haltestellen und Parkhäuser:

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Mit zahlreichen Straßenbahn- und Buslinien erreichen Sie die nahegelegenen Haltestellen: Ludwigstraße, Rathaus Ost, Rathaus, Stadtparkasse

Anfahrt mit dem Auto:

Parkmöglichkeiten finden Sie in den folgenden Parkhäusern:

- Contipark International Parking, Bahnhofstraße 9
- Parkhaus im Rathauscenter
- Parkhaus in der Rheingalerie
- Parkhaus Urban, Zollhofstraße 6
- Kostenpflichtige Kurzparkplätze: rund um den Ludwigsplatz (bis zu einer Stunde)

DRES. SCHMIDT
UND KOLLEGINEN

Frauenärzte
Gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin

Ludwigstraße 54 b
67059 Ludwigshafen

T 0621.592 986-88
F 0621.592 986-90

kontakt@kinderwunsch-lu.de

KINDERWUNSCH-LU.DE

 <p>Kinderwunschzentrum- Ludwigshafen Praxis für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie</p>	Dokumenten-Nr.	DS-FB-08	Seite 1 von 2
	Versions-Nr.	05 / 27.03.2020	
Einwilligungserklärung Datenschutz			

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten *Frau*

Ich (Patientin)

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die „Patienteninformation zum Datenschutz“ sowie die „Information zur Datenspeicherung und –weitergabe an das deutsche IVF-Register e.V. (DIR) auf der Webseite (Menüpunkt Downloads_Patient) zum Downloaden als auch in der Praxis zur Verfügung gestellt. Zu diesen Informationen konnte ich jeweils Rückfragen stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind,
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch dem jeweils anderen Ehe- oder Lebenspartner telefonisch oder schriftlich mitgeteilt werden dürfen,
- auf meinen Wunsch sämtliche, die Behandlung betreffende, Unterlagen auch per E-Mail an eine von mir genannte E-Mail –Adresse geschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.
- Eine Kontaktaufnahme per E-Mail oder SMS z.B. für Terminerinnerungen, Praxismailings, wichtige / dringende Information zur Behandlung erfolgen kann.
- zur Qualitätssicherung und eindeutigen Patientenidentifizierung eine Ausweiskopie bzw. ein Ausweisscan in meiner elektronischen Patientenakte im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen gespeichert wird.
- **Ich versichere hiermit, dass ich bei Nutzung der Telefon- oder Videosprechstunde keine Audio- oder Videoaufzeichnung des Arzt-/ Patientengesprächs anfertigen werde.**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs in der Patienteninformation aufgeklärt worden.

Zusätzliche Einwilligung für den Fall einer IUI-, IVF- oder ICSI-Therapie (bitte direkt ausfüllen):

Ich stimme der pseudonymisierten Nutzung und Weitergabe meiner Daten für folgende externe Register zum Zwecke der Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken zu:

an das Deutsches IVF-Register e.V. und das FertiPROTEKT Netzwerk ja nein

an QSReproMed (Qualitätssicherungsprogramm der Ärztekammern) ja nein

Ludwigshafen,

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Erstellt:	Dr. Tobias Schmidt	Geprüft:	Dr. Claudia Schmidt	Freigegeben:	Dr. Tobias Schmidt
Datum:	27.03.2020	Datum:	27.03.2020	Datum:	27.03.2020

 <p>Kinderwunschzentrum- Ludwigshafen Praxis für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie</p>	Dokumenten-Nr.	DS-FB-08	Seite 2 von 2
	Versions-Nr.	05 / 27.03.2020	
Einwilligungserklärung Datenschutz			

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten *Mann*

Ich (Patient)

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die „Patienteninformation zum Datenschutz“ sowie die „Information zur Datenspeicherung und –weitergabe an das deutsche IVF-Register e.V. (DIR) auf der Webseite (Menüpunkt Downloads_Patient) zum Downloaden als auch in der Praxis zur Verfügung gestellt. Zu diesen Informationen konnte ich jeweils Rückfragen stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind,
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch dem jeweils anderen Ehe- oder Lebenspartner telefonisch oder schriftlich mitgeteilt werden dürfen,
- auf meinen Wunsch sämtliche, die Behandlung betreffende, Unterlagen auch per E-Mail an eine von mir genannte E-Mail –Adresse geschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.
- Eine Kontaktaufnahme per E-Mail oder SMS z.B. für Terminerinnerungen, Praxismailings, wichtige / dringende Information zur Behandlung erfolgen kann.
- zur Qualitätssicherung und eindeutigen Patientenidentifizierung eine Ausweiskopie bzw. ein Ausweisscan in meiner elektronischen Patientenakte im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen gespeichert wird.
- **Ich versichere hiermit, dass ich bei Nutzung der Telefon- oder Videosprechstunde keine Audio- oder Videoaufzeichnung des Arzt-/ Patientengesprächs anfertigen werde.**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs in der Patienteninformation aufgeklärt worden.

Zusätzliche Einwilligung für den Fall einer IUI-, IVF- oder ICSI-Therapie (bitte direkt ausfüllen):

Ich stimme der pseudonymisierten Nutzung und Weitergabe meiner Daten für folgende externe Register zum Zwecke der Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken zu:

an das Deutsches IVF-Register e.V. und das FertiPROTEKT Netzwerk ja nein

an QSReproMed (Qualitätssicherungsprogramm der Ärztekammern) ja nein

Ludwigshafen,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Erstellt:	Dr. Tobias Schmidt	Geprüft:	Dr. Claudia Schmidt	Freigegeben:	Dr. Tobias Schmidt
Datum:	27.03.2020	Datum:	27.03.2020	Datum:	27.03.2020