



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihre Kinderwunschtherapie optimal gestalten zu können ist es für uns eine große Unterstützung, wenn Sie uns Ihre Anamnesedaten zukommen lassen.

	Frau	Mann
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, PLZ Wohnort		
Telefon		
Mobiltelefon		
E-Mail		
Krankenkasse		
Name der Beihilfestelle		
Beruf		
Frauenarzt/ Urologe		
Familienstand	mit o. g. Patienten verheiratet Ja ☐ Nein ☐ mit einer anderen Person verheiratet Ja ☐ Nein ☐	mit o. g. Patientin verheiratet Ja ☐ Nein ☐ mit einer anderen Person verheiratet Ja ☐ Nein ☐

Frau	Mann
Größe cm Gewicht kg	Größe cm Gewicht kg
Ich habe keine Allergien ☐	Ich habe keine Allergien ☐
Ich habe folgende Allergien:	Ich habe folgende Allergien:

In meiner Familie treten folgende Erkrankungen auf:			
Frau	Bei wem?	Mann	Bei wem?
Totgeburten ☐		Totgeburten ☐	
Thrombosen ☐		Thrombosen ☐	
Krebserkrankungen (Welche?) ☐		Krebserkrankungen (Welche?) ☐	
Ungewollte Kinderlosigkeit ☐		Ungewollte Kinderlosigkeit ☐	
Fehlgeburten ☐		Fehlgeburten ☐	
Embolien ☐		Embolien ☐	
Diabetes ☐		Diabetes ☐	
Sonstiges ☐		Sonstiges ☐	
In meiner Familie tritt keine der genannten Erkrankungen gehäuft auf ☐		In meiner Familie tritt keine der genannten Erkrankungen gehäuft auf ☐	



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Gesundheit der Frau

Meine Schilddrüse wurde untersucht	Nein ☐	Ja ☐ im Jahr	Befund:
------------------------------------	----------------------------	----------------------------------	---------

Befund bitte in Kopie!

Ich habe folgende Beschwerden bzw. Erkrankungen			Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein:
	Ja, seit wann	Nein	
Diabetes			
Gelenkerkrankungen			
Immunerkrankungen			
Hauterkrankungen			
Brusterkrankungen			
Thrombosen			
Embolien			
Bluthochdruck			
Krampfadern			
Epilepsie			
Asthma			
Magen-/Darmerkrankung			
Nierenerkrankung			
Lebererkrankung			
Herz- Kreislauf-/Gefäßerkrankung			
Krebserkrankung (Welche?)			
Kopfschmerzen /Migräne			
Andere Erkrankungen			

Ich fühle mich belastet ☐ nicht belastet ☐ durch folgende Beschwerden			
Privater Stress ☐	Stress am Arbeitsplatz ☐	Depressionen ☐	
Andere seelische Erkrankungen ☐	Schweißausbrüche ☐	Sonstiges ☐	

Vorbehandlungen

Unser Kinderwunsch besteht seit			
Wir haben ungeschützten Verkehr	x pro	Woche ☐	Monat ☐
Die Antibabypille habe ich eingenommen	Ja ☐ von	bis	Nein ☐
Ich habe mit der Spirale verhütet	Ja ☐ von	bis	Nein ☐

Zyklusdauer

☐ Mein Zyklus ist regelmäßig zwischen	und	Tagen
☐ Mein Zyklus ist unregelmäßig zwischen	und	Tagen
☐ in Abständen von 35 Tagen bis 3 Monaten (Oligomenorrhoe)		
☐ in Abständen mehr als 3 Monaten (Amenorrhoe)		
☐ in Abständen von weniger als 21 Tagen (Polymenorrhoe)		
Ich habe Schmierblutungen vor bzw. nach der Regelblutung	Ja ☐	Nein ☐



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Ich war schon einmal schwanger:	Ja ☐	Nein ☐
---------------------------------	--------------------------	----------------------------

Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter- schwangerschaft	Mit jetzigem Partner		Nach Kinderwunsch- behandlung	
					Ja	Nein	Ja	Nein

Traten Komplikationen auf?	Ja ☐ , welche	Nein ☐
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------

Wir waren wegen unseres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung:	Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt:		
Verkehr zum Optimum ☐	IVF ☐	IUI ☐
		ICSI ☐
Gab es dabei Komplikationen?	Nein ☐	Überstimulationssyndrom ☐
		Blutungen ☐
Welche Medikamente haben Sie hierfür erhalten? (Bitte schicken Sie uns die Behandlungsprotokolle mit)		

Die Durchgängigkeit der Eileiter wurde bei mir überprüft:				Ja ☐ , im Jahr	Nein ☐
Ultraschall mit Kontrastmittel ☐	Gebärmutterspiegelung ☐	Röntgen ☐	Bauchspiegelung ☐		
Befund	Eileiter links	durchgängig ☐	Verschlossen ☐		
	Eileiter rechts	Durchgängig ☐	Verschlossen ☐		
Ich hatte schon einmal eine Eileiterentzündung (Adnexitis)				Ja ☐ , im Jahr	Nein ☐

Befund bitte in Kopie!

Es wurden bei mir Operationen in Bauchraum / Unterleib durchgeführt:	Ja ☐	Nein ☐
Art der Operation		Jahr
Operationen an den Eierstöcken oder Eileitern		
Endometriose		
Operation an der Gebärmutter		
Ausschabung		
Konisation		
Blinddarmentfernung		
Sonstige (bitte eintragen)		



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Frau	Mann
Ich trinke Alkohol: Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig ☐	Ich trinke Alkohol: Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig ☐
Ich rauche: Nein ☐ Ja ☐ /pro Tag	Ich rauche: Nein ☐ Ja ☐ /pro Tag
Meine letzte Vorsorgeuntersuchung war im Jahr Ohne Befund ☐ Auffälliger Befund ☐ Befund bitte in Kopie!	Bei mir wurde bereits eine Spermienanalyse durchgeführt: Ohne Befund ☐ Auffälliger Befund ☐ Nein ☐ Befund bitte in Kopie!
Ich bin gegen Röteln geimpft Ja ☐ Nein ☐ Befund bitte in Kopie!	Bei mir wurde eine Sterilisation durchgeführt Nein ☐ Ja ☐

Bei mir ☐ / bei uns ☐ / wurde eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt	Ohne Befund ☐	Auffälliger Befund ☐ Befund bitte in Kopie!
Bei mir ☐ / bei uns ☐ / wurde ein Test auf Cystische Fibrose durchgeführt	Ohne Befund ☐	Auffälliger Befund ☐ Befund bitte in Kopie!

Gesundheit des Mannes

Ich habe folgende Beschwerden bzw. Erkrankungen		Befund bitte in Kopie!
	Ja, seit wann	Nein
Diabetes		
Erektionsstörungen		
Stoffwechsel- oder Hormonstörungen		
Hodenverletzung		
Hodenhochstand		
Entzündung der Hoden		
Krampfadern am Hoden		
Operationen im Unterleibs/Genitalbereich		
Fehlbildung der Samenleiter		
Prostata		
Mumps		
Bluthochdruck		
Epilepsie		
Krebs		
Schilddrüsenerkrankung		

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein:

Wurde mit einer anderen Partnerin eine Schwangerschaft erzielt?			
Nein ☐	Ja ☐	Wann:	Geburt: ☐ Fehlgeburt: ☐ Anzahl:

Wie sind Sie auf die Kinderwunschpraxis aufmerksam geworden?

Zeitung ☐	Internet ☐	Flyer ☐	Frauenarzt ☐ welcher:	Urologe ☐ welcher:	Patienten ☐	Sonstiges ☐
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--	---	---------------------------------	---------------------------------

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

**Dieser Anamnesebericht wird uns helfen, unser Erstgespräch für Sie möglichst informativ zu gestalten.
Alles Gute für Ihre Therapie wünscht Ihnen das**

Team der Kinderwunschpraxis an der Promenade!



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Einverständniserklärung für Privatabrechnung

Patientin: Name, Vorname

Geburtsdatum

Patient: Name, Vorname

Geburtsdatum

Uns/Mir ist bekannt, dass uns/mir die erste Beratung (Erhebung der Sterilitätsanamnese) mit 125 € in Rechnung gestellt wird.

Weiterhin wurde/n ich/wir über folgende Sachverhalte informiert: Die Liquidation/Abrechnung von privatärztlichen Leistungen erfolgt nach den üblichen Steigerungssätzen (Schwellenwerte) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dies gilt auch für gesetzlich versicherte Patienten, welche die in der Kinderwunschpraxis Mempel und Espeloer angebotenen ärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Im Einzelfall kann die Liquidation auf Grund der besonderen Umstände der Behandlung (z.B. erhöhter Zeitaufwand, Schwierigkeit der Untersuchung) den Schwellenwert übersteigen. Sollten dies der Fall sein, ist dies auf der Rechnung entsprechend vermerkt.

Da für einige Diagnostik- und Therapieverfahren in der derzeitigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch keine passenden Gebührenpositionen existieren, werden solchen Leistungen nach einer Analogposition abgerechnet.

Einige Beihilfestellen und private Krankenversicherungen erstatten in bestimmten Leistungstarifen (z.B. Standardtarif) solche nach Analogziffern abgerechneten Leistungen sowie bestimmte Steigerungssätze derzeit nicht.

Deshalb ist die Differenz zwischen Rechnungsbetrag und möglichem Erstattungsbetrag der Privatversicherung bzw. Beihilfestelle als Selbstzahlerleistung gemäß der GOÄ – somit als Eigenleistung – von mir/uns zu übernehmen.

Der Honoraranspruch für die ärztliche Leistung richtet sich nach der GOÄ und nicht nach dem Erstattungsverhalten der jeweiligen Krankenversicherung.

Wir bestätigen, dass wir die im Zusammenhang mit der Behandlung entstehenden Kosten übernehmen. Ein Verzicht auf das schriftliche Vorliegen der Kostenübernahme-Erklärung der jeweiligen Krankenkasse bzw. Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn kann dazu führen, dass wir die Behandlungskosten selber tragen müssen, falls die Kostenübernahme auch rückwirkend abgelehnt werden sollte.

Sonderkonditionen, die ich/wir ggf. mit meiner/unserer privaten Krankenversicherung oder privaten Zusatzversicherung vereinbart habe/n, können grundsätzlich bei der Rechnung nicht berücksichtigt werden.

Die Rechnungsstellung erfolgt zum Schutz des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt grundsätzlich an den Patienten. Die Praxis beteiligt sich nicht an dem seit dem 1. Januar 2008 möglichen Verfahren der Direktabrechnung mit der privaten Krankenversicherung.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Zustimmung vor weiteren Behandlungen zu widerrufen. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich über o.a. Sachverhalte informiert wurde.

Münster, den

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patient



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Identifikationsbogen des Patientenpaares

	Patientin	Patient
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsname		
Geburtsort		
Adresse		
Krankenkasse		

(Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der persönlichen Angaben. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden

- meine Personalausweisnummer dokumentieren zu lassen.
- zu Identifikationszwecken ein Profilfoto von mir in meiner Patientendatei hinterlegen zu lassen

Personalausweisnummer Patientin

	ja	nein
Ich bin mit o. g. Patienten verheiratet	☐	☐
Ich bin mit einer anderen Person verheiratet	☐	☐

Personalausweisnummer Patient

	ja	nein
Ich bin mit o. g. Patientin verheiratet	☐	☐
Ich bin mit einer anderen Person verheiratet	☐	☐

Münster, den

Unterschrift Patientin

Münster, den

Unterschrift Ehemann / Partner

Münster, den

Praxis-MA

Kürzel



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Schweigepflicht und Datenschutz

	Patientin	Patient
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		

(Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus)

Schweigepflicht und Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- für die Behandlung erforderliche Daten allen Mitarbeitern der Kinderwunschpraxis offengelegt werden dürfen, um einen reibungslosen Therapieablauf zu gewährleisten.
- für die Behandlung erforderliche Daten an Dritte weitergegeben werden, die für den Therapieablauf notwendig sind.
- **Anonymisierte**, therapiebezogene Daten an folgende Datenregister exportiert werden dürfen: Deutsches IVF Register, QS Repromed, Netzwerk Fertiprotekt.

Befundübermittlung

Ich bestätige durch meine eigenhändige Unterschrift meine Einwilligung zur Übermittlung von Befunden, Rechnungen, sowie sonstigen therapierelevanten Informationen an mich

☐ per E-Mail

☐ per Fax

Ich bestätige, mit dem unverschlüsselten E-Mail Versand an mich einverstanden zu sein.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt über unsere Untersuchungsergebnisse bzw. Therapiemaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Zudem benötigen wir Ihr Einverständnis, uns gegenüber Ihrem Ehe-/Partner bzw. Ihrer Ehe-/Partnerin von unserer Schweigepflicht bezüglich Ihrer Befunde zu entbinden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Die Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis liegt im Wartezimmer aus.

Münster, den

Unterschrift Patientin

Münster, den

Unterschrift Ehemann / Partner

Münster, den

Praxis-MA

Kürzel

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten.

☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Name: _____

Datum : _____

Unterschrift: _____