



KINDERWUNSCHPRAXIS

an der Promenade

Anamnesebogen

Liebe Patientin, es ist für uns eine große Unterstützung, wenn Sie uns Ihre Anamnesedaten zukommen lassen.

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, PLZ Wohnort			
Telefon			
Mobiltelefon			
E-mail Adresse			
Krankenkasse			
Beruf			
Frauenarzt			
Familienstand	Ich bin verheiratet Ja ☐ Nein ☐		
Ich habe folgende Allergien:		Ich habe keine Allergien ☐	
Ich nehme folgende Medikamente:		Ich nehme keine Medikamente ☐	
Größe cm	Gewicht kg		
Ich trinke Alkohol	Ich rauche		
Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig ☐	Nein ☐ Ja ☐ /pro Tag		
Ich bin gegen Röteln geimpft Ja ☐			

Gesundheit

In meiner Familie treten folgende Erkrankungen auf:			
		Bei wem?	
Totgeburten	☐		
Thrombosen	☐		
Krebserkrankungen (Welche?)	☐		
Ungewollte Kinderlosigkeit	☐		
Fehlgeburten	☐		
Embolien	☐		
Diabetes	☐		
Sonstiges	☐		
In meiner Familie tritt keine der genannten Erkrankungen gehäuft auf ☐			
Meine Schilddrüse wurde untersucht	Nein ☐	Ja ☐ im Jahr	Befund:

Ich habe folgende Beschwerden bzw. Erkrankungen Bitte Befunde in Kopie!			
	Ja	seit wann	nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)			
Gelenkerkrankungen			
Immunerkrankungen			
Hauterkrankungen			
Brusterkrankungen			



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Thrombosen			
Embolien			
Bluthochdruck			
Krampfadern			
Epilepsie			
Asthma			
Magen-/Darmerkrankung			
Nierenerkrankung			
Lebererkrankung			
Herz- Kreislauf-/Gefäßerkrankung			
Krebserkrankung (Welche?)			
Kopfschmerzen /Migräne			
Andere Erkrankungen			

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 ☐

Ich war schon einmal schwanger			Ja ☐	Nein ☐
Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter- schwangerschaft
traten Komplikationen auf		Ja ☐ , welche		Nein ☐

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

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!

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Andrea Mempel, Miriam Espeloer • Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Von-Vincke-Str. 14 • 48143 Münster

Gyn Anamnese ab 290626.doc

- 2 - Version 6

gültig ab 10.0.6.2026



Einverständniserklärung für Privatabrechnung

Patientin: Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Weiterhin wurde ich 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.

Ich bestätige, dass ich die im Zusammenhang mit der Behandlung entstehenden Kosten übernehme. Ein Verzicht auf das schriftliche Vorliegen der Kostenübernahme-Erklärung der jeweiligen Krankenkasse bzw. Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn kann dazu führen, dass ich die Behandlungskosten selber tragen muss, falls die Kostenübernahme auch rückwirkend abgelehnt werden sollte.

Sonderkonditionen, die ich ggf. mit meiner privaten Krankenversicherung oder privaten Zusatzversicherung vereinbart habe, 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



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Identifikationsbogen

	Patientin
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 Profildfoto von mir in meiner Patientendatei hinterlegen zu lassen

Personalausweisnummer Patientin

Ich bin verheiratet Ja ☐ Nein ☐

Münster, den

Unterschrift Patientin

Münster, den

Praxis-MA

Kürzel



KINDERWUNSCHPRAXIS
an der Promenade

Schweigepflicht und Datenschutz

	Patientin
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 _____

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: _____