

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN ZUR ERHEBUNG, ÜBERMITTLUNG, VERARBEITUNG UND SPEICHERUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Patient/in: _____

(Sofern zutreffend) Partner/in: _____

1. DATENÜBERMITTLUNG ZWISCHEN DER KINDERWUNSCH PRAXISKLINIK FLEETINSEL HAMBURG UND VOR- UND WEITERBEHANDLERN SOWIE VERRECHNUNGSSTELLE (EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG GEM: ART. 6 ABS. 1A, ART 9 ABS 2A, H, ABS. 3, ABS 4 DS-GVO I.V.M. §73 ABS 1B SGB V)

Ich/Wir willige/n ein, dass die Kinderwunsch Praxisklinik Fleetinsel Hamburg meine/unsere erforderlichen personenbezogenen medizinischen Daten

- an die Ärzte und/oder ärztlichen Institutionen (z. B. Laborarzt/Anästhesie), die im Rahmen der medizinisch erforderlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen
- an meinen/unsere behandelnden Gynäkologen/ und oder Urologen/ und oder Hausarzt zur Information über Diagnostik und Behandlung
- an die privatärztliche Verrechnungsstelle, PVS S-H/Hamburg, Moltkestr. 1 23795 Bad Segeberg zur Rechnungsstellung

weitergeben dürfen und soweit für unsere Behandlung erforderlich, medizinische Behandlungsdaten und Befunde dort anfordern kann.

2. INTERNE DATENÜBERMITTLUNG

Um eine reibungslose reproduktionsmedizinische Behandlung zu gewährleisten bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass meine/unsere Daten intern zwischen der Kinderwunsch Praxisklinik Fleetinsel Hamburg und der Alphalife Kryobank Hamburg GmbH (Gesellschafter und Geschäftsführer PD Dr. med. Kay Neumann)

- zur Lagerung von kryokonserviertem Material
- zur Nutzung der Time Lapse Inkubatoren
- zum Austausch benötigter Daten zwischen

den Mitarbeitern offengelegt werden, sofern dies zu meiner/unsere Behandlung erforderlich ist.

3. ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT INNERHALB DER PARTNERSCHAFT (SOFFERN ZUTREFFEND)

Hiermit entbinden wir bis auf Widerruf die Ärzte der Kinderwunsch Praxisklinik Fleetinsel Hamburg von der ärztlichen Schweigepflicht innerhalb der Partnerschaft und erlauben somit den Ärzten Befunddaten und Auskunft über den Gesundheitszustand beider Partner an beide Partner zu übermitteln (mündlich, telefonisch oder schriftlich) und/ oder auf Wunsch Einsicht in die Krankenakte zu nehmen.

4. DATENWEITERGABE- UND SPEICHERUNG: DEUTSCHES IVF-REGISTER und FERTIPROTEKT REGISTER

Die Zentren für Reproduktionsmedizin in Deutschland beteiligen sich aus gesetzlichen, berufsrechtlichen und wissenschaftlichen Gründen an Datensammlungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin.

Aus gesetzlichen Gründen sind das die Vorgaben des Samenspenderegistergesetzes und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonen-schutzgesetz) ergeben.

Aus **berufsrechtlichen Gründen** und aus **Gründen der externen Qualitätssicherung** sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet. Die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSRproMed (www.qsrepromed.de) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus **wissenschaftlichen Gründen** werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com).

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgt **ANONYM**.

Die Datensammlung selber ist PSEUDONYMISIERT, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikations-nummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird. Jedes der drei Register QSReproMed, D·I·R und FertiPROTEKT erhält nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Anstelle einer pseudonymisierten Datenweitergabe tritt eine anonymisierte Form. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Daten werden ebenfalls in verschlüsselter übertragen.

ENTSCHEIDUNG – EINWILLIGUNG ZU 4. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit willigen wir in die pseudonymisierte Weiterleitung und Speicherung der Behandlungsdaten an die / bei den wissenschaftlichen Registern (Deutsches IVF-Register und Netzwerk FertiPROTEKT) gemäß obiger Erläuterung ein!

Hiermit willigen wir in eine ggf. spätere Kontaktaufnahme ein, um eine wissenschaftlichen Langzeitbeobachtung von Kindern, die nach einer Kinderwunschbehandlung geboren wurden, zu unterstützen.

Hiermit willigen wir in die pseudonymisierte Weiterleitung und Speicherung der Behandlungsdaten an/bei QSReproMed der Ärztekammern gemäß obiger Erläuterung ein.

Umseitig aufgeführte Informationen und unsere Rechte haben wir zur Kenntnis genommen. Wir sind über die Möglichkeit informiert, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen zu können.

Hiermit lehnen wir die pseudonymisierte Weiterleitung der Behandlungsdaten ab.

5. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/ BEIHILFE (SO FERN ZUTREFFEND)

Ich/ Wir willige/n ein, dass Befundergebnisse und Behandlungsdaten des einen Partners an die private Versicherung und/ oder Beihilfe des jeweils anderen Partners übermittelt werden dürfen, sofern diese von der Versicherung und/ oder Beihilfe angefragt werden, um die Leistungspflicht nach Versicherungsvertrag (Indikation zur Behandlung und Aussicht auf Erfolg) zu prüfen.

NAME und Geburtsdatum PATIENTIN (in Druckbuchstaben): _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT

NAME und Geburtsdatum PARTNER/IN (in Druckbuchstaben): _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT

Deutsches IVF Register (D I R),

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Lise-Meitner-Straße 14, D-40591 Düsseldorf

Tel: +49 (0)211 913 848 00; Fax: +49 (0)211 913 848 01; E-Mail: geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, D-40102 Düsseldorf

Tel: +49 (0)2 11 384 24-0; Fax: +49 (0) 2 11 384 24-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

FertiPROTEKT Netzwerk e.V.

Verantwortlich ist der aktuell amtierende Vorstand

Geschäftsstelle: Weißdornweg 17, D-35041 Marburg/Lahn

Tel.: +49 (0) 64 20 305 05 83; E-Mail: info@fertiprotekt.com

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 31 63, D-65021 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 140 80; Fax: +49 (0) 6 11 14 08-900; E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Ärztammer Schleswig-Holstein

Präsident (Verantwortlicher): Dr. med. Franz Joseph Bartmann

Bismarckallee 8 – 12, D-23795 Bad Segeberg

Tel.: +49 (0) 4551 803 0; Fax: +49 (0) 4551 803 101; E-Mail: info@aeksh.de

Aufsichtsbehörde Datenschutz: Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 71 16, D-24171 Kiel

Tel.: +49 (0) 4 31 988-1200; Telefax: +49 (0)4 31 988-1223; E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de

Rechte des Betroffenen:

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens der Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art.17 DSGVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art 18 DSGVO) oder eines Widerspruchs gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Sie können die Einwilligung jederzeit gegenüber den Verantwortlichen ohne Angabe von Gründen widerrufen (Art. 7 DSGVO). Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.

Sie haben das Recht der Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 15 DSGVO).