

## Patientendaten

Patientin ♀

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Tel.-Nr. privat</b>	
<b>Tel.-Nr. geschäftlich</b>	
<b>Mobil-Nr.</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Krankenversicherung</b>	
<b>Betreuender Frauenarzt (Name/ Adresse)</b>	
<b>verheiratet?</b>	
<b>Name des Partners/ Ehemanns:</b>	
<b>Mit anderem Partner verheiratet?</b>	
<b>Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?</b>	

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

Frankfurt am Main, den

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin

## Schweigepflichtsentbindung

Patientin

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

**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

## Einverständniserklärung

Name, Vorname:

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

**AÄA** Abrechnung für  
Ärzte und Apotheken

**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](http://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](mailto:datenschutz@apotheken-aerzte.de)

[www.apotheken-aerzte.de](http://www.apotheken-aerzte.de)

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

Kinderwunsch- & Hormonzentrum Frankfurt am Main  
Gräfststraße 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