

IHRE WILLKOMMENSMAPPE

Liebe Wunscheltern,

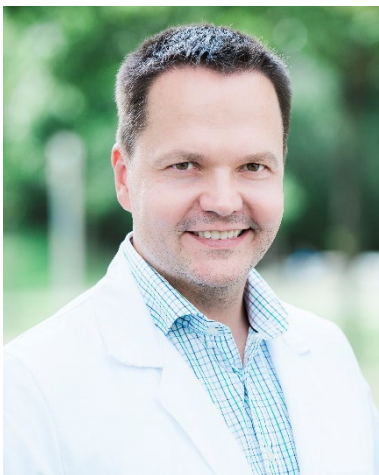
wir freuen uns, dass Sie sich zu einem Beratungsgespräch im TFP Kinderwunsch Wels angemeldet und damit den ersten wichtigen Schritt zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches getan haben.

Gerne stehen wir Ihnen mit unserem erfahrenen Team aus Ärzten und Embryologen zur Seite. Unser Praxisteam arbeitet nach höchsten internationalen Standards und Behandlungsmethoden und wir nehmen uns Zeit für Sie, um die Beratung und Behandlung auf Ihre ganz persönlichen Belange abzustimmen.

Sollten Sie mit dem Auto anreisen, stehen öffentliche Parkplätze zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung. ACHTUNG KURZPARKZONE. Gerne stellen wir Ihnen eine Parkuhr zur Verfügung.

Zur Vorbereitung Ihres Erstgesprächs senden wir Ihnen nachfolgend unsere Willkommensmappe mit dem Anamnesebogen und den Datenschutzunterlagen zu.

Bitte füllen Sie die beiliegenden Unterlagen aus und senden uns diese spätestens 14 Tage vor Ihrem Gespräch postalisch, per Mail an wels@tfp-fertility.com oder per Fax an +43 (0) 7242 22 44 67 zurück.



Mit herzlichen Grüßen,
Mag. Dr. med. Marko Došen

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

BITTE SENDEN SIE UNS FOLGENDE UNTERLAGEN VOR IHREM ERSTGESPRÄCH ZU

- Aufnahmeinformation Neupatientenpaar
- Anamnesebogen (Frau und Mann) – als ausgefülltes PDF
- Datenschutzerklärungen

WICHTIG: Die Unterlagen müssen uns mindestens 14 Tage vor dem Gespräch vorliegen, andernfalls behalten wir uns vor den Termin zu stornieren.

BITTE BRINGEN SIE ZUDEM FOLGENDE UNTERLAGEN ZU IHREM GESPRÄCHSTERMIN MIT:

- Kopien der Lichtbildausweise und Meldezettel
- Heiratsurkunde (falls vorhanden)
- Alle vorhandenen Operationsbefunde bzw. Befunde von Vorversuchen in anderen IVF-Kliniken
- Falls vorhandenen Befunde und Behandlungsunterlagen:
 - Blutbefunde der Frau
 - o Aktueller Hormonstatus (nicht älter als sechs Monate): basale Hormone (zw. 2.-5. Zyklustag): FSH, LH, E2, Prog, bTSH, Prol., AMH, TEST, DHEA-S, Vit. D
 - o APC-Resistenz
 - o Kleines Blutbild, Gerinnungsstatus (Quick oder PTT und PTZ)
 - o Rötel Titer
 - Krebs-Abstrich (PAP-Abstrich) der Frau: nicht älter als ein Jahr (nach einer Konisation, nicht älter als sechs Monate)
 - Spermogramm – nicht älter als ein Jahr
 - Wenn vorhanden: Chromosomenuntersuchung (Untersuchung des Bluts auf Störungen im Erbmaterial/Genetik) und/oder weitere genetische Analyseergebnisse

Bei Fragen können Sie uns gerne unter +43 (0) 7242 22 44 66 oder per E-Mail unter wels@tfp-fertility.com kontaktieren.

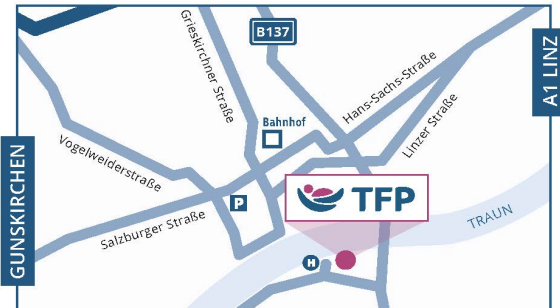
Stornogebührenregelung:

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um frühestmögliche Information, damit wir die Wartezeit für unsere Patienten auf ein Minimum reduzieren können. Von Ihrer verbindlichen Anmeldung können Sie schriftlich (per E-Mail, per Post) zurücktreten. Bei Nichterscheinen und ohne schriftlicher Absage 1 Woche vor dem Termin, fallen 100% der Gesprächsgebühr als Stornogebühr an.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in das TFP Kinderwunsch Wels und freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam der TFP Kinderwunsch Wels

ANFAHRTSBESCHREIBUNG – SO KOMMEN SIE GANZ BEQUEM ZU UNS!



Sollten Sie mit dem Auto anreisen, stehen Ihnen öffentliche Parkplätze zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung. Diese befinden sich direkt vor unserem Praxiseingang. Bitte legen Sie eine Parkuhr in das Auto.

Bei der Verwendung eines Navigationsgerätes oder eines Routenplaners geben Sie entsprechend bitte immer „Traunufer Arkade 1, 4609 Thalheim bei Wels“ als Zielort ein.

VON WIEN BZW. LINZ AUS

- Sie fahren auf der **Autobahn A1 Richtung Salzburg**
- Sie biegen nach dem Knoten Haid **Richtung PASSAU** auf die A25 ab
- Sie fahren bei der Autobahn-Abfahrt **WELS OST** ab und fahren auf der Bundesstraße gerade aus Richtung Wels
- Sie erreichen nach ca. 6 km eine große Kreuzung (McDonalds) und biegen bei dieser **links Richtung Kirchdorf** ab
- bei der **dritten** geregelten Kreuzung fahren Sie rechts Richtung Thalheim (Schild "KinderWunschKlinik")
- Sie fahren gerade durch Thalheim weiter
- nach der BP-Tankstelle sehen Sie rechts die **TRAUNUFERARKADE**. In diesem Gebäude befindet sich die Klinik.

VON GRAZ BZW. SALZBURG AUS

- Sie fahren auf der **Autobahn A1 Richtung Linz**
- Sie fahren beim **Knoten Voralpenkreuz/Sattledt** ab und fahren auf der Bundesstraße **Richtung Wels/Thalheim**
- nach ca. 10 Kilometern biegen Sie bei der **2. Kreuzung links ab Richtung Thalheim** (Schild "KinderwunschKlinik")
- Sie fahren gerade durch Thalheim weiter
- nach der BP-Tankstelle sehen Sie rechts die **TRAUNUFERARKADE**. In diesem Gebäude befindet sich die Klinik.

AUFNAHMEINFORMATION NEUPATIENTENPAAR

PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Titel u. Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

ADRESSE / KONTAKTDATEN FRAU

Straße u. Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Land:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mailadresse:

VERSICHERUNG UND BEHANDELNDE ÄRZTE FRAU

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

Versicherungsnummer:

Gynäkologe (Name u. Anschrift):

Hausarzt (Name u. Anschrift):

PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Titel u. Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

ADRESSE / KONTAKTDATEN MANN

Straße u. Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Land:

Festnetz:

Mobil / Handy:

E-Mailadresse:

VERSICHERUNG UND BEHANDELNDE ÄRZTE MANN

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

Versicherungsnummer:

Urologe / Androloge:

Hausarzt (Name u. Anschrift):

PARTNERSCHAFTLICHE INFORMATIONEN

Wir erklären hiermit, dass wir miteinander verheiratet sind.

Wir leben in einer auf Dauer angelegten Partnerschaft.

DATUM, UNTERSCHRIFT FRAU

DATUM, UNTERSCHRIFT MANN

NEUPATIENTENBEFRAGUNG

PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Erstgespräch am:

Wir freuen uns, Sie recht bald im TFP Kinderwunsch Wels begrüßen zu dürfen. Um unseren Service stetig verbessern zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Selbstverständlich werden Ihre Daten im Rahmen der medizinischen Behandlung vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie jeweils für den Sie behandelnden Gynäkologen (bei der Patientin) und Urologen (beim Patienten) an, ob er oder sie uns empfohlen hat.

GYNÄKOLOGE

UROLOGE

ANDERE

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN

- Durch zuweisenden Gynäkologen
- Durch anderen einen Arzt (Name, Ort, Facharzt):

- Über unsere Homepage
- Durch ehemalige Patienten
- Durch Empfehlung Dritter
- Medienberichte
- Internetforen
- Facebook / YouTube
- Visitenkarten oder sonstiges Material in anderen Arztpraxen
- Sonstiges:

ANAMNESE DER FRAU

ALLGEMEINE DATEN

Name:

Vorname:

Alter:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

BMI:

*Ihren BMI können wir gerne beim Gespräch für Sie berechnen

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Erster Tag der letzten Regel:

Hatten Sie Entzündungen der Gebärmutter, Eileiter und/oder Eierstöcke?

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

Hatten / haben Sie momentan ein bekanntes gynäkologisches Problem? Welches?

Zyklusdauer (z.B. 28/3):

Datum des letzten Krebsabstriches:

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark Ihre Regelschmerzen sind (0=schmerzfrei, 10=starke Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergebnis des letzten Krebsabstriches:

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark Ihre Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sind (0=schmerzfrei, 10=starke Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatten Sie eine Konisation*? Wann war diese?

* Die Konisation ist eine gynäkologische Operation nach auffälligen Krebsabstrich

SCHWANGERSCHAFT

Waren Sie schon mal schwanger?

Falls Sie schon mal schwanger waren, bitten wir Sie, die folgenden Fragen auszufüllen:

Wann waren Sie schwanger? (z.B. Monat, Jahr)

Wie haben Sie entbunden? (z.B. Spontangeburt, Kaiserschnitt)

Sind Sie auf natürlichem Weg schwanger geworden oder im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (IVF, Insemination usw.)?

Hatten Sie Fehlgeburten?

Haben Sie Kinder aus vorherigen Partnerschaften?

Hatten Sie Schwangerschaftskomplikationen (Blutungen, Präeklampsie, vorzeitige Plazentalösung, Wachstumsverzögerung des Fetus usw.)

Waren bei dieser Schwangerschaft operative Eingriffe nötig? Welche?

Waren Behandlungen nach der Geburt Ihres Kindes notwendig? Ist Ihr Kind gesund?

EIGENANAMNESE

Leiden sie unter Allergien (z.B. gegen Medikamente)?

Wurden Sie schon einmal operiert? (Datum, Krankenhaus, Eingriff):

Ist bei Ihnen eine Allergie auf Nüsse oder Soja bekannt?

Welche Blutgruppe haben Sie?

Gibt es bei Ihnen Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Nehmen sie derzeit Medikamente? (Name, Dosierung):

Konsumieren Sie derzeit Drogen? (Marihuana, Kokain usw.)

Welche Medikamente gegen Schmerzen haben Sie bereits verwendet?

Weitere wichtige Informationen (auffällige Befunde usw.):

KINDERWUNSCHANAMNESE

Seit wieviel Jahren besteht Ihr gemeinsamer Kinderwunsch?

Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Hormonstatus machen lassen?

Falls Sie Hormonbefunde haben, wird Ihr Arzt im Rahmen des Gesprächs die folgende Tabelle ausfüllen:

Datum des Befundes (Monat/Jahr):

Androgene (Ovarien / NNR):

Testosteron (gesamt oder frei)

Ovarien (AMH-Einheiten):

Androstendion

DHEA-S

HHO-Achse:

17-OH Progesteron

E2

Schilddrüse (TSH):

FSH

LH

Wurde bei Ihnen die Eileiterdurchgängigkeit* überprüft? (Datum, Ergebnis):

PRL

* Tests für Eileiterdurchgängigkeit sind z.B.: Ultraschall-Test (HyCoSy), RTG-Tests (HSG) oder Tests im Rahmen einer Bauchspiegelung (Laparoskopie)

KINDERWUNSCHBEHANDLUNG

Hatten Sie bereits eine Kinderwunschbehandlung?

Falls Sie bereits eine Kinderwunschbehandlung hatten, wird Ihr Arzt im Rahmen des Gesprächs die folgende Tabelle ausfüllen. Sie dürfen die folgenden Informationen aber auch gerne selbst eintragen:

Wann und wo war Ihre Kinderwunschbehandlung?

Um welche Art der Behandlung handelte es sich? (IUI, IVF, ICSI usw.):

Details bei Stimulation und FP (Protokoll, Medikamente, wie lange, Auslösungsmittel, wie viel EZ, ET an welchem Tag und mit wie viel Embryonen, Ergebnis, wie viel Embryonen wurden eingefroren):

Details bei Kryo-Zyklus (Medikamente, wie lange, EM optimal/suboptimal, wie viel Embryonen wurden transferiert, Ergebnis):

Zusätzliche Therapie bei der Behandlung (Metformin, Prednisolon usw.; PKD, PGT; AH, TL, ENSP, EN-Cürr, LIMO, IVlg usw.):

ANAMNESE DES MANNES

ALLGEMEINE DATEN

Name:

Vorname:

Alter:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

BMI:

*Ihren BMI können wir gerne beim Gespräch für Sie berechnen

WEITERE INFORMATIONEN

Haben Sie bereits Kinder aus einer vorherigen Partnerschaft? Sind die Kinder gesund?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Haben Sie Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen?

Nehmen Sie derzeit Medikamente? (Name, Dosierung):

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

Liegt ein aktuelles Spermogramm vor? (Datum):

Falls Sie bereits eine Spermogrammkontrolle hatten, wird Ihr Arzt im Rahmen des Gesprächs die folgende Tabelle ausfüllen. Sie dürfen die folgenden Informationen aber auch gerne selbst eintragen:

Datum des Befundes (Monat, Jahr):

Volumen des Ejakulats:

Dichte (M/mL):

Progressive Beweglichkeit (A+B):

Anteil der idealen Formen (Morphologie):

Vitalität:

Weiter wichtige Parameter:

Hatten Sie bereits eine urologische Kontrolle wie z.B. Ultraschall der Hoden, Hormonstatus? (Datum, Ergebnis):

Hatten Sie Entzündungen oder Verletzungen am Hoden bzw. andere urologische Erkrankungen (z.B. Hodenhochstand in der Kindheit)?

Wurden sie am Hoden oder den Leisten operiert (auch in Ihrer Kindheit)?

GENETISCHE ANAMNESE DES PAARES

Bitte beantworten Sie in der folgenden Tabelle, ob in den Familien beider Partner (Blutsverwandte wie Geschwister, Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel, Cousins, Cousinen, Nichten, Neffen) eine der folgenden Erkrankungen festgestellt wurde:

ALLGEMEINE DATEN

Angeborene Fehlbildungen wie Herzfehler, zystische oder verdoppelte Nieren, andere Fehlbildungen

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Geistige und/oder körperliche Behinderungen

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Angeborene Schwerhörigkeit

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Muskelschwäche / neurologische Krankheiten (z.B. Mb. Huntington, Muskeldystrophie usw.)

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Lungenkrankheiten (z. B. Cystische Fibrose)

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Neigung zur Thrombose (Herzinfarkt, Schlaganfall, insbesondere bis zum 50. Lebensjahr)

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Neigung zur Blutung (Hämophilie)

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

Krebs oder Diabetes mellitus

Nein Ja (bitte geben Sie die Art der Erkrankung an und bei wem sie festgestellt wurde):

PATIENTENINFORMATION GESUNDHEITSVORSORGE KINDERWUNSCH

PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

ÜBERPRÜFUNG DES IMPFSTATUS

Vor einer geplanten Schwangerschaft sollte die Frau ihren Impfstatus überprüfen lassen. Dies betrifft insbesondere den Impfschutz von Röteln.

Im Falle eines fehlenden Schutzes wird eine Impfung vor Beginn der Kinderwunschbehandlung dringend empfohlen, da Infektionen in der Schwangerschaft zu schweren gesundheitlichen Schäden beim Kind führen können! Die Impfung kann im Allgemeinen durch Ihren überweisenden Gynäkologen oder Hausarzt erfolgen. Der Impfnachweis ist schriftlich, in Form des Impfpasses, zu erbringen. Da die Röteln-Impfung mit einem Lebendimpfstoff erfolgt, soll in den nächsten 1-2 Monaten nach der Impfung keine Schwangerschaft eintreten.

Empfehlung zur Impfung

Röteln

Einwilligung zur Impfempfehlung

Ich habe die Impfempfehlung gelesen und verstanden

Impfung abgelehnt trotz ausdrücklicher Belehrung

FOLSÄUREEINNAHME ZUR VERMEIDUNG EINES NEURALROHRDEFEKTS

In den ersten 28 Tagen nach der Befruchtung der menschlichen Eizelle, kommt es bei 999 von 1.000 Embryonen zum Schluss des Neuralrohrs. Aus dem Neuralrohr bildet sich später das Rückenmark. Sofern keine anderen Störungen in der Entwicklung auftreten, werden dies gesunde Kinder. Bei einem von 1.000 Embryonen jedoch bleibt der Schluss dieses Neuralrohrs aus - mit fatalen Folgen.

Neuralrohrdefekte betreffen in Deutschland pro Jahr etwa 800 Kinder. Die Diagnose wird meist bereits vorgeburtlich gestellt. Bei etwa 500 von diesen Kindern entscheiden sich die Eltern für einen Schwangerschaftsabbruch, um den Kindern ein Leben mit schwerer Behinderung zu ersparen. Dies ist für die betroffenen Eltern eine schwere Entscheidung, da die Diagnose fast immer erst im 2. Drittel der Schwangerschaft gestellt werden kann, d.h. zu einem Zeitpunkt, bei dem die Mutter bereits die ersten Kindsbewegungen gespürt haben kann.

Etwa die Hälfte der in Deutschland pro Jahr auftretenden Fälle könnten verhindert werden. In zahlreichen internationalen Studien wurde gezeigt, dass eine zusätzliche Einnahme von Folsäure um den Konzeptionszeitpunkt, beginnend 4-6 Wochen vor Eintritt der Schwangerschaft, das Risiko für Neuralrohrdefekte zu reduzieren vermag. Zu den verschiedenen Präparaten (z.B. Folio, Folioforte, Feminion) können Sie sich in Ihrer Apotheke beraten lassen.

DATUM, UNTERSCHRIFT FRAU

INFORMATION UND EINWILLIGUNG ZUM DATENSCHUTZ INNERHALB DER TFP KINDERWUNSCHKLINIKEN IN ÖSTERREICH

Liebe Wunscheltern,

wir freuen uns, dass Sie sich für medizinische Beratungsgespräche oder Behandlungen in der TFP Kinderwunsch Wels, welche Teil der TFP Kinderwunschkliniken-Gruppe ist, entschieden haben.

Anlässlich der neuen Datenschutzgesetzgebung gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie informieren, dass beim Schutz Ihrer persönlichen Daten die TFP-Gruppe höchste Standards gemäß den europäischen und österreichischen Datenschutzgesetzen anlegt. Wir möchten Ihnen insofern nochmals bestätigen, dass Ihre medizinischen Daten ausschließlich für Ihre medizinische Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages verwendet werden.

Um die für die Verrechnung der medizinischen Leistungen innerhalb der TFP-Gruppe notwendigen Abläufe im Sinne der Patienten zu optimieren, sind Ihre persönlichen Daten (z.B. Name, Adresse, Anschrift, Kontaktdaten, Versicherungsnummer und -träger) sowie Ihre medizinischen Daten (z.B. Behandlungs- und Verrechnungsdaten) – soweit diese für eine zentrale Leistungsabrechnung innerhalb der TFP-Gruppe erforderlich sind – auch für qualifizierte Mitarbeiter der TFP-Gruppe an anderen Standorten in Österreich zugänglich.

Sämtliche Mitarbeiter oder Dienstleister, die wir mit der Verarbeitung Ihrer Daten in diesem Sinne beauftragen, sind entsprechend zu denselben Standards verpflichtet.

Einverständniserklärungen, die Sie im Verlauf Ihrer Behandlung bei TFP abgeben, z.B. zwecks Erhalt von behandlungsbegleitenden E-Mails oder eines Newsletters oder zwecks Teilnahme an unserer Qualitätssicherung sowie Zufriedenheitsbefragungen (elektronisch, postalisch oder telefonisch) nach Behandlung, können Sie jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat keine Auswirkung auf zuvor verarbeitete Daten oder auf Ihre Behandlung an sich. Bitte weisen Sie uns darauf hin, sofern wir Ihre Daten falsch erhoben haben, damit wir diese berichtigen können. Unrechtmäßig erhobene Daten werden wir umgehend löschen.

Sie können jederzeit Auskunft erhalten, welche Daten wir über Sie gespeichert haben. Die Dauer der Speicherung entspricht den jeweiligen Aufbewahrungspflichten. Darüber erteilen wir Ihnen gerne nähere Auskunft. Außerdem steht Ihnen das Recht zu, jederzeit bei der Datenschutzbehörde Beschwerde einzureichen. Weitergehende Informationen zum Datenschutz und den aktuellen Standorten der TFP-Gruppe können Sie unserer Website unter <https://tfp-fertility.com/de-at/datenschutz/> entnehmen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen haben und mit der dargestellten Verarbeitung Ihrer Daten zur ordnungsgemäßen Abwicklung des Behandlungsvertrages einverstanden sind.

INFORMATION ÜBER EXTERNE LABORE

Eine Liste der externen Labore, mit denen wir zusammenarbeiten steht Ihnen auf Wunsch gerne am Empfang zur Einsichtnahme zur Verfügung.

DATUM, UNTERSCHRIFT FRAU

DATUM, UNTERSCHRIFT MANN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT DRITTEN

PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

ANFORDERUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAKTEN

Wir willigen hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei folgenden weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt.

GYNÄKOLOGE

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

HAUSARZT

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

INFORMATIONSWETERGABE AN DRITTE (z.B. ANGEHÖRIGE, DOLMETSCHER, SONSTIGE INSTITUTE)

Wir sind damit einverstanden, dass unsere behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Personen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

PERSON 1

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

PERSON 2

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Bei nicht korrekt erhobenen Daten habe ich das Recht, dass diese nach Information der Praxis korrigiert bzw. gelöscht werden. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Außerdem steht mir jederzeit das Recht zu, bei der Landesdatenschutzbehörde Beschwerde einzureichen.

DATUM, UNTERSCHRIFT FRAU

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT DRITTEN

PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

ANFORDERUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAKTEN

Wir willigen hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei folgenden weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt.

UROLOGE

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

HAUSARZT

Frau / Herr Dr. med.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

INFORMATIONSWETERGABE AN DRITTE (z.B. ANGEHÖRIGE, DOLMETSCHER, SONSTIGE INSTITUTE)

Wir sind damit einverstanden, dass unsere behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Personen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

PERSON 1

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

PERSON 2

Frau / Herr:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Bei nicht korrekt erhobenen Daten habe ich das Recht, dass diese nach Information der Praxis korrigiert bzw. gelöscht werden. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Außerdem steht mir jederzeit das Recht zu, bei der Landesdatenschutzbehörde Beschwerde einzureichen.

DATUM, UNTERSCHRIFT MANN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER E-MAIL-ADRESSE UND MOBILTELEFON-NUMMER FÜR SMS-NACHRICHTEN

Als TFP Kinderwunschambulanz legen wir Wert auf einen hervorragenden Patientenservice. Wichtiger Bestandteil dieses Service ist, einfach und kurzfristig mit Ihnen in Kontakt treten zu können. Daher bitten wir Sie nachfolgend um eine Reihe von Einwilligungen.

Wir sind vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Ihre Einwilligung zu diesen unterschiedlichen Service- und Kommunikationsangeboten einzeln einzuholen.

Herzlichen Dank!

PERSÖNLICHE ANGABEN FRAU

Name:

Vorname:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

HIERMIT STIMME ICH ZU,

- dass mich die TFP Kinderwunschambulanz über meine angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen per SMS an meine angegebene Mobilnummer zusendet.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an meine angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich die TFP Kinderwunschambulanz oder die TFP -Gruppe möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über meine angegebene E-Mail kontaktiert.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz oder die TFP -Gruppe einen monatlichen Newsletter per E-Mail zusendet. Der Newsletter enthält Berichte über interessante Entwicklungen aus der Kinderwunschmedizin und aus den TFP Kinderwunschzentren.

Sie können diese Einverständniserklärungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen. Senden Sie einfach eine entsprechende Nachricht per E-Mail an wels@tfp-fertility.com oder per Post an das Kinderwunschzentrum.

Ihre persönlichen Daten werden von uns selbstverständlich, den Auflagen des Datenschutzgesetzes entsprechend, vertraulich behandelt.

DATUM, UNTERSCHRIFT FRAU

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER E-MAIL-ADRESSE UND MOBILTELEFON-NUMMER FÜR SMS-NACHRICHTEN

Als TFP Kinderwunschambulanz legen wir Wert auf einen hervorragenden Patientenservice. Wichtiger Bestandteil dieses Service ist, einfach und kurzfristig mit Ihnen in Kontakt treten zu können. Daher bitten wir Sie nachfolgend um eine Reihe von Einwilligungen.

Wir sind vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Ihre Einwilligung zu diesen unterschiedlichen Service- und Kommunikationsangeboten einzeln einzuholen.

Herzlichen Dank!

PERSÖNLICHE ANGABEN MANN

Name:

Vorname:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

HIERMIT STIMME ICH ZU,

- dass mich die TFP Kinderwunschambulanz über meine angegebene E-Mail-Adresse an vereinbarte Termine erinnert.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen per SMS an meine angegebene Mobilnummer zusendet.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz die Betreuung und Behandlung begleitenden Informationen an meine angegebene E-Mail-Adresse zusendet.
- dass mich die TFP Kinderwunschambulanz oder die TFP-Gruppe möglicherweise zum Zweck der eigenen Qualitätssicherung über meine angegebene E-Mail kontaktiert.
- dass mir die TFP Kinderwunschambulanz oder die TFP-Gruppe einen monatlichen Newsletter per E-Mail zusendet. Der Newsletter enthält Berichte über interessante Entwicklungen aus der Kinderwunschmedizin und aus den TFP Kinderwunschzentren.

Sie können diese Einverständniserklärungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen. Senden Sie einfach eine entsprechende Nachricht per E-Mail an wels@tfp-fertility.com oder per Post an das Kinderwunschzentrum.

Ihre persönlichen Daten werden von uns selbstverständlich, den Auflagen des Datenschutzgesetzes entsprechend, vertraulich behandelt.

DATUM, UNTERSCHRIFT MANN