



Kinderwunschzentrum Münster

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Vorname, Name Patientin: _____ geb. am: _____

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen(-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- Blutentnahmen
- Mikrobiologische Untersuchungen
- IVF/ ICSI
- Ultraschall
- Insemination
- Kryokonservierung

Im Rahmen dieser Einwilligung bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mich und an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden. Ebenso darf das MVZ zu Statistikzwecken die Daten zu einer im Rahmen der Kinderwunschbehandlung entstandenen Schwangerschaft und deren Verlauf bei meinem behandelnden Gynäkologen erfragen.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Die Patient:innen stimmen zu, dass die Rechnungsstellung und damit die personenbezogene Datenweitergabe an die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle „PVS“, Moltkestraße 1, 23795 Bad Segeberg, erfolgen kann.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Patientin)