

FB - Einwilligung Datenschutz

Wichtiger Hinweis: Dieses Dokument ist jeweils von beiden Partner*innen auszufüllen!

Patient/in:	_____ Name, Vorname	Geburtsdatum:	_____
-------------	------------------------	---------------	-------

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung an folgende Stellen übermittelt werden dürfen:

Ja Nein an meinen **Kinderwunschpartner*in/Dolmetscher*in/sonstige Personen**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ja Nein an **Gynäkolog*in; weiterbehandelnden Arzt/Ärztin und/oder Krankenhaus**

Ja Nein an das **Auftragslabor der Kinderwunschpraxis z.B. für erforderliche
Hormonbestimmungen (Zotz Klimas)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an mich übermittelt werden:

Ja Nein **per Mail** an folgende E-Mail-Adresse: _____

Ja Nein **per Post**

Ich bin damit einverstanden, dass meine von anderen Untersuchern angefertigten Voraufnahmen bzw. Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei einem Therapiestart Profilbilder für meine digitale Patientenakte mittels Webcam erstellt werden. Diese Fotos dienen einzig und allein zum Zwecke der Sicherheit bei meiner Identifikation.

Ja Nein

Ich willige außerdem ein, dass meine Behandlungsdaten zur wissenschaftlichen Auswertung und externen Qualitätssicherung an das D-I-R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und das FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com) übertragen werden. An beide Register werden weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner übertragen. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird übertragen, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Datensammlung ist **PSEUDONYMISIERT**, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikationsnummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird. Die Daten werden im Zentrum verschlüsselt und in verschlüsselter Form übertragen. Die Auswertung der Daten durch das D-I-R bzw. FertiPROTEKT erfolgt **ANONYM**.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss mittels einer eindeutigen Erklärung schriftlich erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in