

Anmeldeformular (GKV-Patient)

Vor- und Familienname:	
Geburtsdatum:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet mit jetzigem Partner <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet mit <u>anderem</u> Partner <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> lesbisches Paar <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft/Ehe
Name Ihrer Krankenkasse:	
<p>In vielen Fällen (vergl. hierzu die gesetzlichen Regelungen im §27a SGB V) werden Maßnahmen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung teilweise oder vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Es gibt allerdings Situationen, in denen die gesetzliche Krankenkasse generell nicht leistungspflichtig ist (z.B. im Rahmen einer Spendersamenbehandlung oder eines Kryo-Zyklus) sowie bei verschiedenen speziellen Therapieverfahren, bei denen die Leistungen dem Patienten ganz oder teilweise privatärztlich in Rechnung gestellt werden müssen. Wir werden Sie in jedem Fall über eventuell anfallende Kosten schriftlich informieren.</p> <p>Der Unterzeichner (Patient/Patientin) erklärt:</p> <p>Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt <u>die Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenkasse erbracht werden können</u>, privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren wird. Mir ist bekannt, dass ich bei speziellen Untersuchungen (z.B. Laborwerte, Gewebeproben, genetische Diagnostik, urologische Leistungen), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, Rechnungen anderer Ärzte erhalten kann.</p> <p>Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Krankenversicherer (Kostenträger) Leistungsabrechnungen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung nicht immer und ggf. nur teilweise erstatten. Ich erkläre hiermit, dass ich auch im Falle keiner oder einer nur unvollständigen Erstattung durch den/die Kostenträger die in Rechnung gestellten Leistungen in voller Höhe begleichen werde.</p>	
	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">X</div> <hr style="width: 60%; margin: 0 auto;"/>
Datum	Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich...

Name, Vorname

erkläre mich damit einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Ludwigsburg, Praxis Dr. med. Andreas Ott, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde die „Patienteninformation zum Datenschutz“ sowie die „Information zur Datenspeicherung und -weitergabe an das Deutsches IVF-Register e.V. (DIR), an QSReproMed (Qualitätssicherung der Ärztekammern) und an FertiPROTEKT Netzwerk e.V.“ auf der Webseite www.kinderwunschzentrum-ludwigsburg.de (Menüpunkt „Downloads“ -> Formular „Information und Einwilligung Datenverarbeitung“) zum Download als auch in der Praxis zur Verfügung gestellt. Zu diesen Patienteninformationen konnte ich jeweils auch Rückfragen stellen...

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass...

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei oder von anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind
- mir notwendige Korrespondenz zur Weiterleitung an meine Krankenversicherung (z.B. Antrag und Befunde zur Erlangung einer Kostenübernahme) ggf. auch per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail wurden uns erklärt bzw. sind mir bekannt.
- bei mir erhobene Befunde und sich daraus ergebende Konsequenzen auch dem jeweils anderen Ehe- oder Lebenspartner telefonisch oder schriftlich mitgeteilt werden dürfen.
- eine Kontaktaufnahme und Informationsübermittlung per E-Mail oder SMS z.B. für Terminabsprachen oder für andere wichtige Informationen zu meiner Behandlung erfolgen darf.
- eine Kopie meines Personalausweises angefertigt und in der Patientenakte zur zweifelsfreien Identifikation während der Behandlung hinterlegt wird. Dies ist grundlegende Voraussetzung für eine Behandlung bei uns.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

ZUSÄTZLICHE EINWILLIGUNG:

Ich stimme der anonymen bzw. pseudonymisierten Nutzung meiner Daten für folgende externe Register zum Zwecke der Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken zu (s.a. Infoblatt Seite 5):

an das *Deutsche IVF-Register e.V. und FertiPROTEKT Netzwerk e.V.* ja nein
an *QSReproMed (Qualitätssicherungsprogramm der Ärztekammern)* ja nein

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten