



Einwilligungserklärung zur Datenerfassung gemäß DSGVO / BDSGneu

Liebes Patientenpaar,

mit der Neuregelung des Datenschutzes in der EU sind wir verpflichtet Sie über den Zweck und Umfang der Speicherung Ihrer Daten zu informieren sowie Ihre Einwilligung zur Erhebung und Speicherung Ihrer Daten einzuholen.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Fr. Dr. A. Bilgicyildirim und Hr. Dr. M. Inacker als Inhaber der Gemeinschaftspraxis Kinderwunschzentrum Darmstadt, Bratustrasse 9, 64293 Darmstadt, Tel.: 06151 500980 (info[at]jivf-da.de).

Der zuständige **Datenschutzbeauftragte** ist Hr. Mario Bauer, Firma StarCom-Bauer GmbH, Hauptstrasse 57, 65597 Hünfelden, Tel.: 06438 92520 (datenschutz[at]jivf-da.de)

Zweck der Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Für eine ausführliche Diagnostik und Festlegung der passenden Therapie bei ungewollter Kinderlosigkeit ist es unerlässlich verschiedene medizinische Daten, aber auch Daten aus dem häuslichen, sozialen oder beruflichen Umfeld zu erheben. Weiterhin ist es gerade im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung essentiell, Ihre Identität zweifelsfrei zu belegen (Lichtbildausweis). Resultat unserer Therapie ist in der Regel „ein neues Leben“ mit seinen individuellen Rechten. Bedenken Sie hier z.B. das Recht auf Kenntnis der Abstammung, Unterhaltspflichten, Erbrecht, etc. Auch um Verwechslungen zu vermeiden, müssen wir uns immer wieder Ihrer Identität zweifelsfrei überzeugen.

Gespeichert werden Ihre Daten in unserer Praxissoftware CGM M1 der Firma CompuGroup Medical Deutschland AG. Hiermit führen wir dann fortlaufend Ihre „elektronische Patientenakte“. Bei IVF- oder ICSI-Behandlungen werden die Stammdaten intern in unsere Laborsoftware MeditexIVF der Firma CRITEX GmbH übertragen. Hierüber erfolgt ebenfalls die Kryoverwaltung von evtl. kryokonservierten Eizellen, PN-Eizellen oder Embryonen.

Empfänger von Daten: Eine Weitergabe von Namen, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversicherung erfolgt z.B. im Rahmen der Blutanalyse im Fremdlabor, zu Zwecken der Abrechnung der erbrachten Leistungen, pseudonymisiert (verschlüsselt) an das Deutsche IVF-Register zur Qualitätskontrolle in der Reproduktionsmedizin (-siehe unten-) oder in Form von Arztbriefen an mitbehandelnde Kollegen wie Frauenarzt oder Hausarzt. Eine Liste dieser sog. Unterauftragsnehmer finden Sie unter <https://www.kinderwunschzentrum-da.de/images/stories/PDF/Auftragsverarbeiter.pdf>. Entsprechende Verträge zur Auftragsdatenverarbeitung sind abgeschlossen und können im Sekretariat der Praxis eingesehen werden.

Dauer der Datenspeicherung: Grundsätzlich müssen Krankenakten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung gespeichert werden. Rechtliche Vorgaben wie z.B. das Transplantationsgesetz zwingen uns allerdings, Ihre Daten 30 Jahre aufzubewahren. Hiernach werden Sie vernichtet. Sie können diese Gesetze auf unserer Homepage einsehen.

Betroffenenrechte: Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Hessischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 3163
65021 Wiesbaden
Tel.: 0611 1408 – 121

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe zwecks Qualitätskontrolle bei IVF- oder ICSI-Therapie an (DIR, Fertiprotekt, QSReproMed): Die Zentren für Reproduktionsmedizin in Deutschland beteiligen sich aus gesetzlichen, berufsrechtlichen und wissenschaftlichen Gründen an Datensammlungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin.

Gesetzliche Gründe sind u.a. die Vorgaben des Samenspenderregistergesetzes und die Vorgaben, die sich aus den Verordnungen zur Präimplantationsdiagnostik (§3a Embryonen-schutzgesetz) ergeben.

Aus berufsrechtlichen Gründen und aus Gründen der externen Qualitätssicherung sind die Zentren für Reproduktionsmedizin zur Qualitätssicherung verpflichtet. Die Datensammlung und Auswertung erfolgt durch QSReproMed (www.qsrepromed.de) bundesweit bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Auftrag durch die jeweils zuständige Landesärztekammer.

Aus wissenschaftlichen Gründen werden Daten aus fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen gesammelt vom D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (www.deutsches-ivf-register.de) und von FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (www.fertiprotekt.com).

Beide Register beinhalten zu den Behandlungsdaten weder Namen, Vornamen noch Geburtsdatum der beteiligten Partner. Das Geburtsdatum der geborenen Kinder wird erfasst, um Auswertungen zum Thema Frühgeburtlichkeit exakt erfassen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgt ANONYM. Die Datensammlung selber ist PSEUDONYMISIERT, das heißt, es gibt eine Patientenidentifikationsnummer, die im meldenden Zentrum und im Register erfasst wird. Um die aufwändige Eingabe der erhobenen Daten für die drei Register QSReproMed, D·I·R und FertiPROTEKT möglichst effizient zu gestalten wurde ein gemeinsamer Datensatz entwickelt. Jedes Register bekommt nur die Daten, die für seine Auswertungen relevant sind. Bereits im Zentrum werden die Daten verschlüsselt. Die Weiterleitung der Daten erfolgt ebenfalls in verschlüsselter Form.

ENTSCHEIDUNG – EINWILLIGUNG (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Hiermit willigen wir in die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten an die wissenschaftlichen Register (Deutsches IVF Register und Netzwerk FertiPROTEKT) gemäß obiger Erläuterung ein!

Ja

Nein

Hiermit willigen wir in die Speicherung und Weiterleitung der Behandlungsdaten an QSReproMed der Ärztekammern gemäß obiger Erläuterung ein!

Ja

Nein

Auch wenn es sich bei uns in der Regel um eine Paartherapie handelt, unterliegen wir jedoch auch dem Partner gegenüber der ärztlichen Schweigepflicht. Ausmachen von Terminen oder Abfragen von Befunden ist ohne Einwilligung nicht möglich.

Wir entbinden die Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums Darmstadt von der Schweigepflicht gegenüber meinem Partner (z.B. Abfrage Befunde oder Blutwerte, Vereinbarung Termine, etc.)!

Ja

Nein

Grundsätzlich verzichten wir auf Datenübertragung per Fax oder Mail, da sie potentiell unsicher sind. In Ausnahmefällen kann es jedoch vorkommen, dass Sie schnell/sofort Befunde oder ein Rezept benötigen. Ohne Ihre Einwilligung könnten wir Ihnen dann in diesem Fall nicht weiterhelfen.

Wir willigen in die Datenübertragung auf unseren ausdrücklichen Wunsch per Fax, Mail oder App MediOne® (z.B. Befunde, Rezepte, Terminänderungen, Rückfragen bei offenen Fragen aus der Sprechstunde, etc.) ein. Uns ist bekannt, dass diese Übertragungswege als potentiell unsichere Datenübertragung gelten. Für sensible Daten wie Befunde oder Rechnungen erfolgt die Übertragung per Cryptshare®. Zum Abrufen benötigen Sie ein Passwort.

Ja

Nein

Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings nicht rückwirkend. Hiermit stimmen wir der Erfassung und Verarbeitung unserer Daten im Kinderwunschzentrum Darmstadt zu (bitte beachten Sie, dass bei Nicht-Zustimmung unter Umständen eine Behandlung nicht oder nur eingeschränkt möglich ist -näheres besprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt-):

Ort _____

Datum _____

Namen in Druckbuchstaben:

Unterschriften:
