

SPB-Privatspende-Infoschreiben

Informationen zum Ablauf einer Privatspende

Herzlich Willkommen in der Sperm Bank Germany (SPB),

bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um dieses **SPB-Privatspende-Infoschreiben** sorgfältig durchzulesen. Im Anschluss bitten wir Sie, das Dokument vollständig auszufüllen und uns dieses gemeinsam mit dem Dokument **SPB-Privatspende-Vereinbarung** zurückzuschicken. Der von Ihnen gewünschte Privatspender wird zudem gebeten, das Dokument **SPB-Privatspende – Spendervertrag** zu unterzeichnen und uns dieses im Anschluss unterschrieben zurückzusenden.

Die Dokumente bestehen jeweils aus mehreren Einzel formularen, die alle vollständig auszufüllen und zu unterschreiben sind. Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne per E-Mail oder telefonisch zur Verfügung. Lassen Sie uns starten!

Wie läuft eine Privatspende genau ab?

Phase 1 – Ausführliche Beratung sowie Ausfüllen aller Dokumente:

Nachdem Sie dieses Informationsschreiben gelesen haben, beraten wir Sie und Ihren Privatspender gerne ausführlich telefonisch oder per E-Mail zu den Abläufen, Kosten und Untersuchungen im Rahmen einer Privatspende. In dieser Phase stehen wir mit Ihnen in engem Austausch, um alle relevanten Aspekte gemeinsam zu besprechen und offene Fragen zu klären. Bevor wir mit Phase 2 beginnen können, benötigen wir sämtliche Dokumente vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Phase 2 – Der Eignungstest:

Wir vereinbaren mit Ihrem Privatspender einen Termin bei uns in Düsseldorf zum Eignungstest. Durch die ausführlichen Analysen der Spermaprobe sowie des Gesundheitschecks können wir beurteilen, ob Ihr Wunschspender als Privatspender für Ihre Kinderwunschbehandlung in Frage kommt. Der Eignungstest umfasst folgende Untersuchungen:

- Ejakulatanalyse nativ (85 €)
- Herstellung eines Testhalms + Probenauftau (85 €)
- ‚Gesundheitscheck Basis‘ (300 €) oder ‚Gesundheitscheck erweitert‘ (450 €)

- Humangenetische Tests (optional)
 - Chromosomenanalyse (450 €)
 - Zystische Fibrose Anlageträgerschaft (CFTR-Mutationen) (350 €)
 - HLA-C Bestimmung (250 €)
 - Weitere Tests auf Anfrage

Phase 3 – Die Halmherstellung:

Nachdem die Eignung Ihres Spenders getestet wurde, werden alle Ergebnisse mit Ihnen ausführlich besprochen und ein Plan für die Probenherstellungen aufgestellt. **Ihr Privatspender verpflichtet sich in der untenstehenden Einverständniserklärung, dass alle Analysen und Ergebnisse mit Ihnen transparent geteilt werden.** Im Anschluss dieser Beratung laden wir Ihren Privatspender für die erste aktive Probenabgabe ein. Hier werden, je nach Absprache mit Ihnen und der Qualität der Probe, verschiedene Halme exklusiv für Sie produziert. Abgerechnet werden nach jedem Besuch Ihres Privatspenders folgende Leistungen (sehen Sie hierzu bitte auch die *Entscheidungsmatrix*):

- Gesundheitscheck Basis (300 €)
- Jeder RTU-Halm (800 €)
- Jeder NF-Halm / ICSI-Halm (400 €)

Sollten Sie sich entscheiden, die Halme aufgrund der geringen Qualität nicht zu erwerben, werden folgende Leistungen in Rechnung gestellt (sehen Sie hierzu bitte auch die *Entscheidungsmatrix*):

- Gesundheitscheck Basis (300 €)
- Ejakulatanalyse (85 €)
- Ejakulataufbereitung (85 €)

Bitte seien Sie am Tag der Probenabgabe Ihres Privatspenders sowie am Folgetag, wenn wir den Probenauftau durchführen, telefonisch erreichbar. So können ggf. Ergebnisse und Verarbeitungsschritte direkt mit Ihnen abgesprochen werden.

Phase 4: Freigabe und Versand:

Sobald alle medizinischen Befunde vorliegen und durch unsere ärztliche Leitung freigegeben wurden (dies dauert ca. 3 Wochen aufgrund der Blut- und Urinalysen), organisieren wir den Versand an Ihre Kinderwunschklinik. Die Transportkosten innerhalb Deutschlands betragen 200 € pro Versand. Sollten Sie im Kinderwunschzentrum MVZ am Seestern in Düsseldorf behandelt werden, entfallen jegliche Transportkosten!

Phase 5: Meldung nach Geburt:

Sie und Ihre Klinik informieren uns über Schwangerschaft und Geburt. Nach der Geburt melden wir, wie gesetzlich vorgeschrieben, die Spenderdaten an das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gemäß Samenspenderregistergesetz.

Welche Untersuchungen sind Teil des Gesundheitschecks?

Leistungen ‚Gesundheitscheck Basis‘:

Blutuntersuchung	Erläuterung / Marker
HBs-Antigen	Hepatitis B Virus Infektion
Anti-HBc	Antikörper gegen Hepatitis B Virus
Anti-HCV	Antikörper gegen Hepatitis C Virus
Anti-HIV1,2	Antikörper gegen HI Virus
Anti-TP (Syphilis)	Vergangene Infektion mit Syphilis Bakterium TP
HIV-1-PCR	Test auf HI Virus DNA
HBV-PCR	Test auf Hepatitis B Virus DNA
HCV-PCR	Test auf Hepatitis C Virus DNA
Cytomegalie IgG	Vergangene Infektion mit Zytomegalie Virus
Cytomegalie IgM	Akute Infektion mit Zytomegalie Virus (gefährlich für Fötus)

Urinuntersuchung	
Clamidia trachomatis	Bakterielle Infektion = Chlamydien
Trichomonas vaginalis	Infektion mit parasitären Protozoen = Trich
Gonokokken / Neiss. Gonorrhoeae	Bakterielle Infektion = Gonorrhoe / Tripper

Zusatzleistungen für den ‚Gesundheitscheck erweitert‘:

Blut	
Blutgruppe	Bestimmung nach dem ABO System
Rhesus-Faktor	Bestimmung nach dem Rhesus System
RH-Formel	Bestimmung erweiterter Rhesus Antigene
Kell	Bestimmung des Kell-Antigens
Antikörper Suchtest	Antikörper gegen fremde rote Blutkörperchen
HbA1c	Langzeit-Zucker
Gamma GT	Wichtiger Leberwert
Kreatinin	Wichtiger Nierenwert

Welche humangenetischen Untersuchungen können gemacht werden?

Karyogramm / Chromosomenanalyse

Die Chromosomenanalyse (Karyotypisierung) ist eine Untersuchung der Anzahl und Struktur der Chromosomen eines Menschen. Sie dient dazu, größere chromosomale Veränderungen zu erkennen, die Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit oder die Gesundheit von Nachkommen haben können. Obwohl solche Veränderungen selten sind, können sie unbemerkt vorliegen und an Kinder weitergegeben werden. Die Untersuchung Ihres Privatspenders kann daher dazu beitragen, genetische Risiken weiter zu reduzieren und die Sicherheit einer Spende zusätzlich zu erhöhen.

CFTR-Gen

Die CFTR-Analyse untersucht das CFTR-Gen auf Veränderungen, die mit der Erkrankung Mukoviszidose (zystische Fibrose) in Zusammenhang stehen. Mukoviszidose ist eine erblich bedingte Erkrankung, die nur dann auftritt, wenn ein Kind von beiden Elternteilen eine krankheitsverursachende Genveränderung erbt. Viele Anlageträger sind gesund und wissen nicht, dass sie eine solche Veränderung tragen. Die Untersuchung Ihres Privatspenders kann helfen, das Risiko für die Weitergabe einer CFTR-Variante an Nachkommen besser einzuschätzen. Dadurch kann das Risiko für eine Mukoviszidose-Erkrankung beim Kind weiter reduziert werden.

HLA-C Status

Die HLA-C-Typbestimmung untersucht bestimmte Merkmale des Immunsystems, die an der Kommunikation zwischen Embryo und Gebärmutter Schleimhaut beteiligt sind. HLA-C-Merkmale des Embryos können gemeinsam mit den immunologischen Eigenschaften der Empfängerin Einfluss auf die Einnistung und die Entwicklung einer Schwangerschaft haben. In bestimmten Fällen wird die Untersuchung genutzt, um die immunologische Kompatibilität zwischen Spender und Empfängerin besser einzuschätzen. Die HLA-C-Typisierung kann daher als ergänzende Information in der individuellen Behandlungsplanung und Spenderauswahl dienen.

Weitere Tests auf Anfrage

Für spezielle Fragestellungen können auf Anfrage weitere genetische Untersuchungen bei Ihrem Samenspender durchgeführt werden. Dies kann beispielsweise sinnvoll sein, wenn in Ihrer Familie bestimmte Erbkrankheiten bekannt sind oder besondere medizinische Vorerkrankungen vorliegen. In solchen Fällen prüfen wir gemeinsam mit dem behandelnden Arzt sowie der Humangenetikerin unseres Partnerlabors, ob eine gezielte Testung Ihres Samenspenders sinnvoll und möglich ist. Ziel ist es, individuelle Risiken besser einschätzen und Ihre Spenderauswahl gegebenenfalls gezielt unterstützen zu können. Die Durchführbarkeit und Aussagekraft der jeweiligen Untersuchung werden dabei stets im Einzelfall bewertet.

Gibt es weitere wichtige Informationen für mich?

Gibt es eine Mindestanzahl von Halmen, die ich kaufen muss?

Nein, es gibt keine Mindestanzahl von Halmen, die Sie bei uns herstellen lassen müssen.

Kostet mich die Lagerung der Halme etwas?

Die ersten sechs Monate nach der Herstellung des ersten Halmes lagern wir Ihre Halme kostenlos. Danach können Sie die Halme bei uns für 190 € für jeweils sechs Monate weiterhin lagern.

Wie ist die Rechtslage bei Privatspenden?

Auch bei sogenannten Privat- oder Exklusivspenden wird der Samenspender in das nach dem Samenspenderregistergesetz (SaRegG) geführte Register aufgenommen, in dem seine Daten für 110 Jahre hinterlegt werden. Nach der derzeitigen rechtlichen Bewertung ist davon auszugehen, dass die gesetzlichen Regelungen des SaRegG auch in dieser Konstellation Anwendung finden und damit eine rechtliche Elternschaft des Spenders ausgeschlossen ist, ebenso wie daraus resultierende Unterhalts- oder sonstige familienrechtliche Verpflichtungen. Gleichwohl ist anzumerken, dass diese spezielle Konstellation der gezielten Spende für eine bekannte Empfängerin bislang nicht in allen rechtlichen Detailfragen abschließend durch die Rechtsprechung geklärt ist. Eine uneingeschränkt gesicherte juristische Einordnung liegt insofern noch nicht vor. Die gegenwärtige Gesetzeslage sowie die überwiegende fachliche Einschätzung sprechen jedoch klar dafür, dass der Spender auch in diesen Fällen nicht als rechtlicher Vater anzusehen ist.

Was passiert bei auffälligen Blutproben meines Privatspenders?

Sollten die Blutergebnisse des Spenders auffällig sein und die Halme aus medizinischer Sicht nicht freigegeben werden können, so müssen trotzdem die Ejakulatanalyse, die Ejakulataufbereitung sowie der ‚Gesundheitscheck Basis‘ zu den oben genannten Preisen in Rechnung gestellt werden.

Gibt es weitere medizinische Gründe aus denen Halme nicht freigegeben werden?

Aufgrund von Infektionsrisiken, darf ein Spender, der sich in Risikogebieten für ZIKA und HTLV aufgehalten hat, für drei Monate keine Spende abgeben. Anschließend muss in einer Blutuntersuchung auf ZIKA (50 €) oder HTLV (50 €) getestet werden. Diese zusätzlichen Kosten für die Analyse werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Liste der Länder, bei deren Aufenthalt des Spenders eine nachträgliche Blutuntersuchung erforderlich wird:

Zika (WHO 2022 and CDC 2026): American Samoa, Angola, Anguilla, Antigua and Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belize, Bolivia, Bonaire, Brazil, British Virgin Islands, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cambodia, Cameroon, Cayman Islands, Central African Republic, Colombia, Cook Islands, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Curacao, Dominica, Dominican Republic, Easter Island, Ecuador, El Salvador, Ethiopia, Fiji, France (Var department), French Guiana, French Polynesia, Gabon, Grenada, Guadeloupe, Guatemala, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonesia, Jamaica, Kenya, Kiribati, Laos, Malaysia, Maldives, Mali, Marshall Islands, Martinique, Mexico, Micronesia, Montserrat, Myanmar, New Caledonia, Nicaragua, Nigeria, Palau, Panama, Papua New Guinea, Paraguay, Peru, Philippines, Puerto Rico, Saint Bathélemy, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent and the Grenadines, Sait Maarten, Samoa, Senegal, Seychelles, Singapore, Sint Eustatius and Saba, Solomon Islands, Sri Lanka, Suriname, Thailand, Tonga, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos, Uganda, United States of America, United States Virgin Islands, Vanuatu, Venezuela, Vietnam, Yemen

HTLV (ECDC 2015): Argentina, Barbados, Benin, Brazil, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Chile, Colombia, Congo, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, Dominican Republic, French Guyana, Gabon, Gambia, Ghana, Guadeloupe, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Iran, Jamaica, Japan, Liberia, Liberia, Mali, Martinique, Mauritiana, Mozambique, Nigeria, Panama, Peru, Romania, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, South Africa, Suriname, Taiwan, Togo, Trinidad and Tobago, Vanuatu, Venezuela

Kontakt- und Behandlungsbogen

Vor- & Nachname Patient/in: _____ Geburtsdatum: ____/____/____

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kinderwunschlinik (mit Adresse):

Name des behandelnden Arztes/der Ärztin: _____

Haben Sie eine/n Partner/in (bitte Name und Geschlecht angeben)?

Wie sind Sie auf die SPB Germany aufmerksam geworden? _____

Behandlungsart (bitte Anzahl geplante Behandlungen eintragen)

_____ IUI (Insemination)

_____ IVF

_____ ICSI

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben:

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Partner/in

Die hier erhobenen Patientendaten werden ausschließlich intern und vertraulich verarbeitet.
Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht der Daten beträgt 10 Jahre (vgl. § 10 Abs. 3 BO, § 630f Abs. 3 BGB)

**Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular via E-Mail: info@spermbank-germany.com
oder per Post an Sperm Bank Germany GmbH, Niederkasseler Lohweg 181-183, 40547 Düsseldorf.**

Entscheidungsmatrix für gewünschte Bearbeitung der Probe je nach Befund am Tag der Spende bzw. nach Probenauftau

Nach jedem Besuch Ihres Privatspenders schreiben wir Ihnen eine Rechnung, basierend auf Ihren Angaben in der untenstehenden Entscheidungsmatrix.

	Befund	Gewünschte Bearbeitung	Kosten
Am Tag der Spende	Probe sowohl nativ, als auch nach Aufbereitung geeignet	Die Probe wird kryokonserviert	Probenauftau abwarten
	Probe nativ bzw. nach Aufbereitung knapp unter unseren Referenzwerten	Die Probe wird kryokonserviert	Probenauftau abwarten
	Probe nativ bzw. nach Aufbereitung deutlich unter unseren Referenzwerten	☐ Probe verwerfen	• Gesundheitscheck Basis (300 €) • 85 € Ejakulatanalyse • 85 € Ejakulataufbereitung
		☐ Probe kryokonservieren	Probenauftau abwarten
Nach Probenauftau	Halme entsprechen Ihren Wünschen	☐ Halme werden gekauft	• Gesundheitscheck Basis (300 €) • Jeder RTU-Halm (800 €) • Jeder NF-Halm / ICSI-Halm (400 €)
	Halme entsprechen nicht Ihren Wünschen oder können aus medizinischen Gründen nicht freigegeben werden	☐ Halme werden verworfen	• Gesundheitscheck Basis (300 €) • 85 € Ejakulatanalyse • 85 € Ejakulataufbereitung

Ich habe die Kostenaufstellung zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift

Beispielrechnung und Kostenaufstellung

Gerne möchten wir Ihnen einen transparenten Kostenvergleich zwischen dem Kauf von Spenderproben aus unserer Spenderkartei vs. unserem exklusiven Privatspender-Paket ermöglichen. Für die nachfolgende Beispielrechnung gehen wir von dem **Kauf eines RTU-Halms für eine Insemination** aus. Dabei setzen wir voraus, dass Ihr Privatspender über eine gute Samenqualität verfügt.

Spenderkartei		Privatspender-Paket	
50 €	Matching	470 €	Eignungstest
800 €	RTU-Halm	800 €	RTU-Halm
50 €	Bearbeitungsgebühr	300 €	Gesundheitscheck Basis
200 €	Transport	200 €	Transport
1100 € gesamt		1770 € gesamt	

Zusätzliche Extraleistungen wie der ‚Gesundheitscheck erweitert‘ oder humangenetische Untersuchungen werden gesondert abgerechnet. Hier gehen wir auf Ihre individuellen Wünsche ein und beraten Sie gerne ausführlich.

Sollten Sie (zu einem späteren Zeitpunkt) weitere Halme erwerben möchten, entfällt der Kostenpunkt ‚Eignungstest‘ selbstverständlich. Sie zahlen dementsprechend bei weiteren Besuchen nur die Preise, die oben in unserer Entscheidungsmatrix bzw. auf Seite 2 dieses Infoschreibens aufgeführt sind. Der ‚Gesundheitscheck Basis‘ muss aus rechtlichen Gründen bei jeder Probenabgabe aufgrund des Infektionsschutzgesetzes durchgeführt werden.

Das Privatspender-Paket ist zwar mit etwas höheren Kosten verbunden als der Erwerb von Spenderproben aus unserer Spenderkartei, bietet Ihnen dafür jedoch zahlreiche zusätzliche Vorteile und ein Höchstmaß an Individualität.

Während des gesamten Prozesses begleiten wir Sie persönlich und unterstützen Sie dabei, Ihren bekannten Privatspender nach allen verfügbaren medizinischen, genetischen und labortechnischen Standards für Ihre Kinderwunschbehandlung untersuchen und vorbereiten zu lassen. Die erweiterten Untersuchungen ermöglichen Ihnen größtmögliche Gewissheit über den Gesundheitszustand Ihres Spenders und können dazu beitragen, offene Fragen oder Unsicherheiten auszuräumen.

Der für viele Wunscherltern wichtigste Aspekt einer Privatspende ist jedoch die Gewissheit, dass der ausgewählte Spender **ausschließlich Ihre Familie** unterstützt. Im Gegensatz zu Samenspendern aus einer Spenderkartei, deren Spenden bis zu 15 Familien zugutekommen können, bleibt die Privatspende auf Ihre Familienplanung beschränkt. Diese Exklusivität vermittelt vielen Paaren und Solo-Müttern ein besonderes Maß an Sicherheit und Verbundenheit auf ihrem Weg zum Wunschkind.

Verzichtserklärung abweichende Blutgruppen

Einverständniserklärung abweichender Rhesusfaktor

Bei der Schwangerschaft einer Rhesus-negativen Person mit einem Rhesus-positiven Kind kann es zu einem Rhesuskonflikt kommen.

Hiermit erkläre ich, dass ich ggf. mit der Auswahl eines Rhesus-positiven Samenspenders einverstanden bin, obwohl ich die Trägerin eines negativen Rhesusfaktors bin bzw. mein Rhesusfaktor unbekannt ist.

Ich werde unbedingt das Kinderwunschzentrum und den behandelten Arzt über diese Tatsache informieren und verstehe die Notwendigkeit einer Rhesusprophylaxe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Verzicht auf Blutgruppenabgleich

Im Gegensatz zum Rhesusfaktor hat die Blutgruppe des Samenspenders aus medizinischer Sicht keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft oder auf gesundheitliche Risiken für Mutter oder Kind. Sollte die Blutgruppe des Samenspenders nicht der Blutgruppe des Partners entsprechen, kann das entstehende Kind gegebenenfalls eine Blutgruppe tragen, die bei einem biologisch gemeinschaftlichen Kind zwischen den sozialen Eltern nicht zustande gekommen wäre. Hiermit verzichten ich/wir ggf. auf den Blutgruppenabgleich zwischen dem Samenspender und dem/der Partner/in.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift Partner/in

Verzicht auf Abgleich des CMV-Status

Das Cytomegalievirus des Menschen (hCMV) gehört zur Familie der Herpesviren, die für den Menschen pathogen sind; ca. 50-80% der Bevölkerung ist seropositiv und hatte bereits Kontakt mit diesem Virus. Eine aktive Erst- oder Re-Infektion im ersten Trimester der Schwangerschaft kann in seltenen Fällen zur Kindesmissbildungen oder neurologischen Spätschäden führen. Unsere Spender werden bei jeder Spende auf CMV (IgG/IgM) getestet. Bei IgM+ akuten CMV-Infektionen werden die Proben verworfen, wodurch das Risiko einer Infektion durch einen unserer Samenspender sehr gering ist. Bestimmung des CMV-Status vor der geplanten Kinderwunschtherapie ist zu empfehlen, damit bei Seronegativität (IgG-/IgM-) die Auswahl eines seropositiven Spenders (IgG+/IgM-) mit dem behandelnden Arzt besprochen werden kann. Hat der/die Patient/in bereits eine Primärinfektion hinter sich (IgG+/IgM-) ist der CMV-Status des Spenders nicht relevant.

Hiermit erkläre ich, dass ich ggf. mit der Auswahl eines CMV seropositiven Spenders einverstanden bin, obwohl ich CMV seronegativ bin (IgG-/IgM-) oder mein CMV-Status unbekannt ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Einverständniserklärung Privatspende zur alleinigen Nutzung

Erklärung der Patientin / des Patienten bzw. des Patientenpaares

Hiermit erklären ich/wir,

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in

Name, Vorname, Geburtsdatum Partner/in

dass ich/wir die Sperm Bank Germany GmbH zum Eignungstest und zur Herstellung der Samenproben von

Name, Vorname, Geburtsdatum Privatspender

mit dem Zweck einer geplanten Kinderwunschbehandlung beauftrage/n. Mir/uns ist bewusst, dass die Samenqualität von Probe zu Probe variiert. Somit kann es vorkommen, dass nicht jede Probe in einem verwendbaren Halm resultiert. Die Sperm Bank Germany GmbH handelt hierbei strikt nach der ausgefüllten Entscheidungsmatrix für die gewünschte Bearbeitung.

Ich/wir wünsche/n mir/uns für den Eignungstest folgende Untersuchungen:

Blut- & Urintests:

☐ Gesundheitscheck Basis oder ☐ Gesundheitscheck erweitert

Humangenetische Untersuchungen:

☐ Keine ☐ Chromosomen-Analyse ☐ CFTR-Mutationen ☐ HLA-C Status

☐ weitere Tests auf Anfrage _____

Erklärung des Samenspenders

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum Privatspender

dass ich meine Samenspende der Sperm Bank Germany GmbH zur Verfügung stelle. Ich stimme der Herstellung der Samenproben zu, die für die geplante/n Kinderwunschbehandlung/en benötigt werden. Die Proben sind ausschließlich zur alleinigen Abnahme an oben genannte/n Patientin, Patienten bzw. oben genanntes Patientenpaar freizugegeben. Ich gestatte der Sperm Bank Germany GmbH, meine persönlichen Daten und Laborbefunde (Ejakulat-, Blut- und Urindaten, sowie Ergebnisse der humangenetischen Untersuchungen) bezogen auf meine Spende mit den obengenannten Parteien zu besprechen.

Datum, Unterschrift(en) Patient/in (und ggf. Partner/in)

Datum, Unterschrift Privatspender

Datum, Unterschrift Leitung Sperm Bank Germany GmbH

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße

PLZ. Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder _____

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AÄA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AÄA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AÄ die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozi-

hilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie AÄA von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder der AÄ zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichender/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel



Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum
Dr. Güldener GmbH
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA)** übertragen. Die Rechnungsstellung über AÄA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

AÄA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet AÄA Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von AÄA gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen AÄA an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. AÄA wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist AÄA gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von AÄA. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter www.apotheken-aerzte.de/datenschutz.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontakt Daten von AÄA und des Datenschutzbeauftragten

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH

Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 25399

Marienstraße 10, 70178 Stuttgart

Telefon: 0711 99373-2100

Telefax: 0711 99373-2130

Datenschutzbeauftragter AÄA · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

datenschutz@apotheken-aerzte.de

www.apotheken-aerzte.de