

## Digitale Anmeldung Hormon- und Kinderwunschzentrum

Sehr geehrte Patientin,

im Rahmen der digitalen Anmeldung am Hormon- und  
Kinderwunschzentrum des LMU Klinikums befolgen Sie bitte folgende  
Schritte:

Bitte drucken Sie hierfür das in dieser E-Mail enthaltene Dokument aus.

Bitte füllen Sie alle Dokumente aus und senden uns zwei getrennte E-Mails.

### Erste E-Mail:

1. **Erklärung zum Datenschutz – und ggf. zur Videosprechstunde**

Bitte unterschreiben Sie an entsprechend markierter Stelle. Sie erklären sich hiermit  
einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten per Email verschickt  
werden dürfen.

2. Bitte legen Sie an entsprechend markierter Stelle Ihren **Personalausweis** auf das  
Dokument und scannen oder fotografieren Sie es.

3. Falls Sie an unserer **Videosprechstunde** teilnehmen wollen, füllen Sie bitte  
zusätzlich den entsprechenden Aufklärungsbogen aus und unterschreiben Sie  
diesen.

4. Alle Unterlagen bitte faxen (Faxnummern s.o.),

5. oder scannen/fotografieren und an uns übermitteln an:

[IVF@med.lmu.de](mailto:IVF@med.lmu.de) (Standort Großhadern)

[Fk.IvF@med.uni-muenchen.de](mailto:Fk.IvF@med.uni-muenchen.de) (Standort Maistrasse)

### Hormon- und Kinderwunschzentrum

IVF@med.uni-muenchen.de

Standort Großhadern:  
Tel. +49 89 4400-76825  
Fax +49 89 4400-73844

Standort Innenstadt:  
Tel. +49 89 4400-54214  
Fax +49 89 4400-54918

Standortübergreifend:  
Tel.: +49-89-4400-76876

[www.Kinderwunsch-LMU.de](http://www.Kinderwunsch-LMU.de)



Zweite E-Mail:

1. **Behandlungsvertrag**  
 → bitte füllen Sie alle Felder in dem Kästchen „Patient/in“ aus und legen sie ihre **Gesundheitskarte** an die entsprechend markierte Stelle. Das Kästchen „Krankenkasse“ wird durch uns ausgefüllt.
2. **Fragebogen Hormon- und Kinderwunschzentrum**  
 → bitte jeweils zutreffenden Fragebogen von der Homepage [www.kinderwunsch-LMU.de](http://www.kinderwunsch-LMU.de) unter Patienteninformation herunterladen und ausfüllen. Bitte Kontaktdaten (inklusive Email-adresse) nicht vergessen!
3. **Bereits vorliegende Befunde**  
 → Hormonbefunde, Spermioogramme, Behandlungszyklen
4. Nach Ausfüllen der Dokumente scannen oder fotografieren Sie bitte **alle Formulare**.
  - Behandlungsvertrag mit Krankenkassenkarte
  - Fragebogen
  - Befunde
5. Schicken Sie eine E-Mail mit den Formularen und Unterlagen an:
  - [IVF@med.lmu.de](mailto:IVF@med.lmu.de) (Standort Großhadern)
  - [Fk.IvF@med.uni-muenchen.de](mailto:Fk.IvF@med.uni-muenchen.de) (Standort Maistrasse)



Mit den besten Wünschen

Prof. Dr. med. Christian J. Thaler, Prof. Dr. med. Nina Rogenhofer  
 und das Team der LMU Hormon- und Kinderwunschzentrums.



*Patientenetikett*

----- Name, Vorname
----- Geburtsdatum
----- Anschrift

## Datenschutzerklärung

ich bin mir als die Betroffene darüber bewusst, dass die Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten per ungesichertem E-Mail über das Internet datenschutzrechtlich bedenklich und unter regulären Bedingungen nicht gestattet ist. Ich willige trotz dieses Wissens in die ungeschützte Kommunikation zwischen dem Klinikum der Universität München und meiner Person per E-Mail ein, da dies im Rahmen einer Risikoabschätzung mit möglichen negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie nach heutigem Stand für alle Beteiligten erforderlich ist. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen bzw. diese Einwilligung wird mit der offiziellen Beendigung der Corona-Pandemie automatisch ungültig.

Zur Legitimation der hier von mir persönlich erteilten Einwilligung schicke ich Ihnen eine Kopie meines Personalausweises oder eines vergleichbaren Identifikationsdokuments meiner Person in einem getrennten E-Mail.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin

Ihr Personalausweis
---------------------

## Anmeldeschein / Behandlungsvertrag

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben schreiben.

<i>Patient/in</i>	Familienname	Vorname	Geburtsname	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
	Geburtsdatum		Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Anschrift (Straße/Nr., PLZ/Wohnort)			Tel.	Handy

<i>Krankenkasse</i>	Anschrift der Krankenkasse (ggf. des Sozialamte), Kennnr.:		Versichertenr.:
	Name der/des Hauptversicherten		Geburtsdatum
	Anschrift der/des Hauptversicherten (Straße/Nr., PLZ/Wohnort)		
	Versichertenkarte oder Überweisungsschein vorhanden?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Zur Kostensicherung ist eine Vorauszahlung zu entrichten.		
In der o. g. Krankenkasse bin ich:			
<input type="checkbox"/> pflichtvers. <input type="checkbox"/> familienvers. <input type="checkbox"/> rentenvers. <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied			

Ihre Gesundheitskarte

