



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie in unserer Urologie in Sillenbuch herzlichst begrüßen. Für den Behandlungserfolg ist Ihre Mitarbeit von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie daher den folgenden Fragebogen aus.

PERSONALIEN

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Mobil _____

Beruf _____

Größe _____

Gewicht _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Stationäre Zusatzversicherung Nein Ja

RISIKEN UND BESCHWERDEN

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Diabetes

Glaukom

Bluthochdruck

Hepatitis A, B oder C

Herzrhythmusstörungen

HIV-Infektion

Blutgerinnungsstörung

Harnsteinerkrankung

Sonstige chronische Krankheiten? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Besitzen Sie ein Herzschrittmacher? Nein Ja

Konsumieren Sie Zigaretten? Nein Ja, wie viel pro Tag? _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja, wie viel pro Tag? _____

ALLGEMEIN

Haben Sie einen Hausarzt? Nein Ja, Name: _____

Darf Ihr Hausarzt Berichte über Ihre
Untersuchungsbefunde erhalten? Nein Ja

Dürfen Befundübermittlungen an andere
Personen als an Sie selbst erfolgen? Nein Ja, Name: _____

Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? Nein Ja

Für Frauen: Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorstellung? _____

SCHWEIGEPFLICHT

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie möchten, dass wir eine Vertrauensperson über Ihren Gesundheitszustand informieren, tragen Sie hier den Namen und die Telefonnummer der Person ein:

Name Telefonnummer

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Be- und Verarbeitung meiner Daten, entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), einverstanden. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Auch verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Ich nehme zu Kenntnis, dass ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort und Datum Unterschrift