

Urologisches Praxis-Zentrum

Darmstadt - Pfungstadt

Dr. H. Mayer, P. Pill, Dr. U. Fischer, Dr. S. Roos, Dr. (OAK Moskau) I. Paraskun,
Dr. H. Machemer, Dr. S. Sihler (angest. Ärztin)
Fachärzte für Urologie



Patientenfragebogen

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße : _____ Nr. _____

Geb.-Datum: _____ Beruf/ehemal. Beruf _____

Email: _____

Bei Minderjährigen Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters in Druckbuchstaben:

Telefon

Privat: _____ geschäftlich: _____ Mobil: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Hausarzt _____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten bzw. waren Sie schon einmal ernsthaft krank? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? (z.B.: ASS, Marcumar, Plavix etc.) Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn Ja, welche, welches Jahr? _____

Sind bei Ihnen Tumorerkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn Ja, welche? Wann?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Wie viel? _____/Tag Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Wie viel? _____/ Tag Nein

Wie oft müssen sie Wasser lassen? tags: _____ nachts: _____

Nur für Männer:

Leiden Sie unter Potenzschwäche? Ja Nein

Wenn Ja, seit wann? _____

Nur für Frauen:

Zahl der Geburten: _____ Spontan oder Kaiserschnitt? _____

Gab es dabei Komplikationen? Ja welche? _____ Nein

Sind Sie derzeit schwanger? Ja Welche Schwangerschaftswoche? _____ Nein

Schweigepflichtentbindung:

Wem dürfen wir über Ihre Befunde Auskunft erteilen? (z.B. Ehemann, Ehefrau, Kinder etc.), Bitte mit Name, Vorname Verwandtschaftsgrad angeben.

1. _____

2. _____

3. _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten auch für medizinisch wissenschaftliche Zwecke ohne Angabe von Personendaten gemäß §4 BDSG einverstanden. Ja Nein

Ich erkläre mich mit dem Berichtsversand per Fax / Brief an den überweisenden Arzt/Hausarzt einverstanden. Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten im Urologischen Praxis-Zentrum durch alle Ärzte und Mitarbeiter/innen sowie deren Rechtsnachfolge eingesehen werden dürfen. Die Einwilligungen zum Datenschutz gelten bis auf Widerruf. Ja Nein

Darmstadt den..... Unterschrift.....