

# Urologisches Praxis-Zentrum

## Darmstadt - Pfungstadt

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



### Patientenfragebogen / Datenschutzerklärung

Name:  Vorname:  Geb.-Datum:

PLZ:  Wohnort:  Straße:

Beruf/ehemal. Beruf:

Email:  Krankenversicherung und Nr.

Bei Minderjährigen Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters

#### Telefon

Privat:  Geschäftlich:  Mobil:

Größe:  Gewicht:  Hausarzt:

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

Wenn ja, welche Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?  Ja  Nein

(z.B.: ASS, Marcumar, Plavix etc.)

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 auf Medikamente oder Pflaster 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 Name, Vorname und Verwandtschaftsgrad angeben.

1.

2.

3.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Rechtsgrundlage ist Art. 9 Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit §22 Abs.

Bundesdatenschutzgesetz.  Ja  Nein

Ich erkläre mich mit dem Berichtsversand per Fax/Brief an den überweisenden Arzt/Hausarzt/mitbehandelnden Arzt/andere

behandelnde Ärzte/Kliniken 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.  Ja  Nein

Die Einwilligungen zum Datenschutz gelten bis auf Widerruf.

Die veröffentlichte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Darmstadt, den

Unterschrift