

Urologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Joachim Rothamel
Dr. med. Thomas Nippold
Dr. med. Matthias Fretschner
Dr. med. Dirk Manski

Gögginger Straße 49
86159 Augsburg

☎ 0821/51 22 00
Fax. 0821/15 74 32

Belegärzte DIAKO - die Stadtklinik Augsburg

Patientenanamnese

Allgemeine Angaben

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

- ❶ Leiden Sie unter Schilddrüsenerkrankungen? (z. B. Überfunktion/Unterfunktion) ja nein
wenn ja, welche Medikamente für die Schilddrüse nehmen Sie ein?

- ❷ Leiden Sie unter Diabetes mellitus? (Zuckerkrankheit) ja nein

- ❸ Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (z. B. HIV, Hepatitis etc.) ja nein

- ❹ Bestehen bei Ihnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, etc.) ja nein

wenn ja, welche _____

- ❺ Bestehen bei Ihnen Krebserkrankungen? nein

wenn ja, welche _____

Risikofaktoren

- ❻ Leiden Sie unter Allergien? (z. B. Medikamente, Heuschnupfen) nein

wenn ja, welche _____

- ❼ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein

wenn ja, welche _____

- ❽ Operationen, vor allem *urologische* Operationen (Niere, Harnblase, Prostata, Hoden, Penis) nein

wenn ja, welche _____

- ❾ Sind Sie Raucher? ja nein

- ❿ Haben Sie eine private Zusatzversicherung für Krankenhausbehandlungen?
(Kein Krankentagegeld!!) ja nein

Patientenanamnese

Datenschutz

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständnis zur Befundweitergabe

Sind Sie einverstanden, dass wir *im Falle einer Anfrage* Ihre Befunde übermitteln an:

Hausarzt ja nein

Name des Hausarztes: _____

Befundübermittlung an mit-/weiterbehandelnde Ärzte: ja nein

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Befundübermittlung an andere Personen (z.B. Angehörige, Betreuer) ja nein
(auch für die Abholung von Rezepten wichtig!)

Name, Verhältnis: _____

Name, Verhältnis: _____

Name, Verhältnis: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Befunde oder Nachrichten aus der Praxis

- telefonisch (ggf. auch auf Anrufbeantworter oder Mailbox) ja nein

- per Email (unter Umständen unsichere Datenübertragung) ja nein

übermittelt werden.

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufen.

Wartezeiten über 30 Minuten sind leider durch unvorhersehbare Ereignisse wie akute zeitaufwendige Erkrankungen, Zuweisungen aus Kliniken und mögliche Zwischenfälle nicht immer zu vermeiden. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis und um Ihre Erklärung, dass hierdurch Ihrerseits an uns keine Ansprüche gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin