

Urologisches Praxis-Zentrum Darmstadt - Pfungstadt

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



Листок опроса пациента/Разрешение на использование конфиденциальных данных

Фамилия: _____ Имя: _____

Город: _____ Улица: _____ Дом: _____

Дата рождения: _____ Специальность в настоящее время (в прошлом): _____

Для несовершеннолетних имя и адрес официального опекуна печатными буквами:

Телефон

домашний: _____ рабочий: _____ мобильный: _____

адрес электронной почты (E-Mail) _____

Рост : _____ Вес: _____

Домашний врач: _____

Имеются ли у Вас хронические заболевания или Да Нет

были ли Вы тяжело больны ?

Если "да" то какие заболевания ? _____

Принимаете ли Вы регулярно медикаменты ? Да Нет

Если "да" то какие? _____

Принимаете ли Вы кроверазжижающие средства ? Да Нет

(например: ASS, Marcumar, Plavix etc.)

Если "да" то какие? _____

Были ли у Вас хирургические операции? Да Нет

Если "да" то какие, в каком году ? _____

Имеются ли у Вас опухолевые заболевания ? Да Нет

Если "да" то какие? Когда установлены? _____

Имеются ли у Вас аллергии? Да Нет

Если "да" то какие? _____

Продолжение на обороте –

Вы курите? Да Сколько? _____/День Нет

Употребляете спиртное Да Сколько? _____/ День Нет

Как часто Вам необходимо опорожнять мочевой пузырь? днем _____ ночью: _____

Только для мужчин:

Имеются ли у Вас проблемы с потенцией ? Да Нет

Если "да" то с какого времени ? _____

Только для женщин:

Число родов: _____ Самостоятельно или посредством кесаревого сечения? _____

Были ли осложнения? Да какие? _____ Нет

Вы беременны ? Да Какая неделя беременности ? _____ Нет

Освобождение от запрета на разглашение врачебной информации:

Кто имеет право получить информацию о Вашем заболевании и результатах обследования?
(например, муж, жена, дети и прочее...), пожалуйста укажите имя, фамилию и степень родства.

1. _____

2. _____

3. _____

Я соглашаюсь с сохранением и обработкой моих персональных данных в электронном виде в соответствии со статьей 9 абзац 2 Общих положений о защите данных и параграфа 22 абзац 1 Закона о защите личных данных. Да Нет

Я разрешаю отправку медицинских данных при помощи факса или по почте направившему меня врачу/домашнему врачу/ другим врачам принимающим участие в моем лечении/больнице Да Нет

Я соглашаюсь с использованием моих данных в - Урологическом Праксис-Центре Дармштадт всеми врачами и сотрудниками центра, а также лицами, перенимающими эти права при смене персонала. Указанное разрешение по защите данных действительно до момента отзыва. Я ознакомился и понял предоставленную мне информацию о защите моих данных. Да Нет

Дармштадт, число..... Подпись