

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 : _____ Nr. _____

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 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. 1 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 ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

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