

Urologisches Praxis-Zentrum Darmstadt - Pfungstadt

Dr. U. Fischer, Dr. S. Roos, Dr. (OAK Moskau) I. Paraskun,
Dr. H. Machemer, Dr. F. Pankotsch, Dr. J. Cordier, 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 - 2. страница !

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