



SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN, SEHR GEEHRTE PATIENTEN!

Mein Team und ich heißen Sie willkommen in unserer Praxis. Um uns noch besser um Sie kümmern zu können, benötigen wir als Praxis-Team einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____ gesetzlich: privat:

Haben Sie aktuell urologische Beschwerden? nein ja: welche: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja, gegen: _____

Haben Sie weitere Erkrankungen? nein ja: welche: _____

Haben oder hatten Sie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Hypertonus (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen oder Embolien | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen (welche Über- oder Unterfunktion) | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star / Glaukom | |

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? nein ja: welche: _____

Wurden Sie bereits operiert (auch nicht urologische OPs)? nein ja: welche: _____

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen aufgetreten? nein ja

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? nein ja: wann: _____

Rauchen Sie? nein (nie) ja, ca. _____ Zig./Tag, nicht mehr, seit: _____



Dürfen wir Ihre Befunde an den Hausarzt oder Überweisungsarzt weitergeben?

ja nein

Wünschen Sie einen Arztbrief an den Hausarzt?

ja nein

Sind Sie mit der Kontaktaufnahme per E-Mail einverstanden?

ja nein

Sind Sie mit der Kontaktaufnahme telefonisch einverstanden?

ja nein

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung Telefonbuch Internet gelbe Seiten Wegweiser
 sonstiges: _____

Zu welchen Themenbereichen wünschen Sie ggf. gesonderte Beratung bzw. Behandlung?

- Vorsorge-/ Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Mannes
- Vorsorge-/ Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Frau
- Störung der Erektionsfähigkeit / Potenz / Libido
- Hormonelle Störung beim älteren Mann
- Kinderwunschberatung / Spermogramm
- Sterilitätsoperation / Durchtrennung der Samenleiter
- Ambulante Operationen, z.B. Beschneidung
- Krebsvorsorge Harnblasentumor
- Krebsvorsorge Darmkrebs
- Inkontinenz
- Chronische Harnwegsinfektionen /Blasenentzündungen
- Nierenerkrankung/Steinleiden
- Andere:

Wichtig: Bitte denken Sie ab dem 45. Lebensjahr an Ihre jährliche Krebsvorsorge!

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte sprechen Sie mein Praxisteam jederzeit gerne an, falls Sie Wünsche oder Anregungen haben.

**Die Datenschutzvereinbarung unserer Praxis (siehe Aushang/Pinnwand),
habe ich zur Kenntnis genommen.**

Datum, Unterschrift