

Erhebungsbogen für Patienten

Meine Telefonnummer:

Hausarzt:

Beruf:

Körpergröße:

Gewicht:

Besteht eine Schwangerschaft ?

ja

nein

Aktuelle Medikamente: **Bitte namentlich!!** (z.B. Herz-ASS, Zucker-, Schilddrüsen- oder Blutdrucktabletten, Antibiotika, **Pille** oder Hormonpräparate)

Chronische Erkrankungen (z. B. Gicht, Rheuma, Diabetes, Bluthochdruck, Tumorerkrankungen, HIV)

Bisherige Operationen (insbesondere Bauch-, gynäkologische oder urologische Vor -OP)

Allergien gegen:

Kontrastmittel oder Jod

ja

nein

Medikamente (Ggf. welche)

ja

nein

Ich wünsche einen Brief an den Hausarzt:

ja

nein

Ich interessiere mich für die erweiterte kostenpflichtige urologische Männerkrebsvorsorge (z.B. PSA-Wert)

ja

nein

Ich habe eine private Zusatzversicherung:

ambulant

stationär

Ich bin damit einverstanden: 1. dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern zugänglich sind 2. mit der elektronischen Datenspeicherung 3. Anforderung oder Übermittlung von Behandlungsunterlagen an/ von zuweisenden oder mitbehandelnden Ärzten, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum _____

Unterschrift _____