

Urologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Joachim Rothamel
Dr. med. Thomas Nippold
Dr. med. Matthias Fretschner
Dr. med. Dirk Manski

Gögginger Straße 49
86159 Augsburg

☎ 0821/51 22 00
Fax. 0821/15 74 32

Belegärzte DIAKO - die Stadtklinik Augsburg

Patientenanamnese

Datenschutz

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständnis zur Befundweitergabe

Sind Sie einverstanden, dass wir *im Falle einer Anfrage* Ihre Befunde übermitteln an:

Hausarzt/ärztin _____ ja nein

Befundübermittlung andere Ärzte/Praxen/Kliniken: ja nein

Name: _____

Name: _____

Befundübermittlung an Familie

Ehepartner, Lebensgefährte, Kinder, Betreuer, Bekannte oder sonstige Personen ja nein
(auch für die Abholung von Rezepten/Befunden wenn Sie verhindert sein sollten)

Name, Verhältnis: _____

Name, Verhältnis: _____

Name, Verhältnis: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Befunde oder Nachrichten aus der Praxis

telefonisch übermittelt werden (inkl. AB/Mailbox) ja nein

Telefonnummer unter der wir Sie erreichen können _____

ACHTUNG!

Wir weisen darauf hin, dass eine Kommunikation per email über eine ungesicherte Datenverbindung erfolgt und wir daher keine Befunde auf diesem Wege übermitteln bzw. Datenanhänge öffnen.

Nach dem Bayerischen Krebsregistergesetz sind Ärzte verpflichtet, Krebserkrankungen an das Bayerische Krebsregister zu melden. Um verlässliche Aussagen über das Auftreten von Krebserkrankungen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten treffen zu können, ist eine vollzählige Registrierung unabdingbar. Ich habe das Recht, jederzeit schriftlich - direkt bei der Vertrauensstelle des Bayerischen Krebsregisters - der dauerhaften Speicherung zu widersprechen.

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufen.

BITTE AUCH RÜCKSEITE BEACHTEN!!!

Patientenanamnese

Vorerkrankungen

- | | |
|---|---|
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Schilddrüsenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis etc.) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Thrombose oder Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Krampfleiden/neurologische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Operationen/Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| welche..... | |
| Sonstige Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Sind sie Raucher? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

Risikofaktoren

- | | |
|-------------------------------|---|
| Allergien (z. B. Medikamente) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| welche..... | |
| | |

Medikamente

- | | |
|---------------------------------|---|
| Blutverdünner | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche..... |
| Weitere Medikamente (dauerhaft) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| welche..... | |
| | |

Ggf. Medikamentenplan vorlegen!

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für Krankenhausbehandlungen? ja nein
(Kein Krankentagegeld!!)

Wartezeiten über 30 Minuten sind leider durch unvorhersehbare Ereignisse wie akute zeitaufwendige Erkrankungen, Zuweisungen aus Kliniken und mögliche Zwischenfälle nicht immer zu vermeiden. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis und um Ihre Erklärung, dass hierdurch Ihrerseits an uns keine Ansprüche gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin