

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Patient:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
---------------	--------------	--------------

Anschrift:

Postleitzahl	Ort	Straße	Telefon
--------------	-----	--------	---------

Beruf	Telefon dienstlich	Tel. mobil
-------	--------------------	------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf eine urologische Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind gesetzlich vorgeschrieben. Sie dienen dazu, Ihre Behandlung zu optimieren.

Gleichzeitig möchten wir Sie informieren, dass alle behandelnden Ärzte der urologischen Gemeinschaftspraxis Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen Ihre Krankenakte einsehen können und Sie ggf. auch mitbehandeln. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Bitte sprechen Sie uns an.

Wann war Ihr letzter Besuch bei einem Urologen?

Stehen Sie in allgemeinärztlicher Behandlung? Nein Ja Hausarzt. ?.....

ja nein

Kommen Sie zu einer **Vorsorgeuntersuchung**?

Besteht der Verdacht auf eine **Hormonstörung**? (Schlafstörung, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Sexualstörungen, Konzentrationsschwäche)

- -

Bestehen:

- | | | | |
|-------------------------|--|---|---|
| - Herzerkrankungen | Herzschwäche/Insuffizienz | - | - |
| | Herzrhythmusstörungen | - | - |
| | Herzschrittmacher | - | - |
| - Kreislauferkrankungen | Blutdruck normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> | - | - |
| | Zustand nach Herzinfarkt | - | - |
| - Stoffwechselstörungen | Zuckerkrankheit/Diabetes | - | - |
| | Schilddrüsenerkrankung | - | - |
| - Blutungsneigung | Marcumar, Aspirin/ASS (bitte kennzeichnen) | - | - |
| - Allergien | Medikamentenallergien | - | - |
| | Asthma, Hautallergien | - | - |
| | Besitzen Sie einen Allergiepass | - | - |
| - Operationen | | - | - |

Wenn ja, welche Operationen?.....

- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?.....

- Sind Sie einverstanden, dass Ihre Angehörigen (Ehepartner) über Befunde informiert werden

Wir danken für Ihre Angaben
Ihr Praxisteam

Datum, Unterschrift vom Patienten