

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Urologischen Praxis UroHauffe – wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, da sie für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Selbstredend werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (tagsüber/mobil): _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

1. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Bitte ankreuzen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Hypertonus (Bluthochdruck) |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

2. Ist in den letzten 30 Jahren bei Ihnen eine bösartige Erkrankung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: _____

3. Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann und welche Operation(en)?

4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

6. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs) oder anderweitige chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes)?

Wenn ja, welche? _____

7. Rauchen Sie?

nein ja (___ Zigaretten am Tag) nicht mehr, ich habe aufgehört seit _____

8. Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? ja nein

9. Möchten Sie unsererseits über Vorsorgetermine informiert werden? ja nein

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Urologische Praxis UroHauffe meine Daten an andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialleistungsträger, Ärztekammern, private Verrechnungsstellen, Meldungen gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten), Berufsgenossenschaften (bei Berufskrankheiten), Datenschutzbehörden, Apotheken, Laboreinrichtungen und Medizinproduktunternehmen (Hilfsmittelanforderung) weiterleiten und für die urologische Behandlung notwendige Unterlagen bei Ärzten, Krankenhäusern und/oder Reha-Kliniken einholen und archivieren darf. Dies gilt auch für bereits vorliegende Unterlagen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft abändern oder widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben aufgeführten Angaben:

Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

**Herzlichen Dank für Ihre Mühe!
Ihr UroHauffe-Team**