

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte (ANAMNESE)

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus. Er unterstützt die Suche nach der Ursache Ihrer Krankheit und hilft uns Ihnen unnötige Untersuchungen zu ersparen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist auf freiwilliger Basis und Ihre Antwort unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Anschrift:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefonnummer:

Handynummer:

Beruf:

Mein Hausarzt / Frauenarzt:

	Ja	Nein
Ich entbinde den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten wie z. B. dem Hausarzt- oder Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Waren Sie bereits in urologischer Behandlung? Wenn ja, weshalb und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben zur Krankengeschichte: _____

	Ja	Nein
Aktuelle urol. Beschwerden? (freiwillige Angabe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten von Medikamenten (z. B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht bei Ihnen hoher Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Herzerkrankung (Herzkranzgefäße, Herzklappen- erkrankungen; Herzrhythmusstörungen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an Gefäßerkrankungen (Verschlusskrankheit, Schlaganfall, Thrombose)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Gicht (erhöhte Harnsäure)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Fettstoffwechselstörung (Cholesterin, Blutfette)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schon einmal an Krebs erkrankt (auch Blutkrebs)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welches Organ? _____		
Haben Sie eine andere bedeutende Erkrankung, die nicht aufgeführt ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurden Sie schon einmal Operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Körperregion? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind in Ihrer Familie Harnsteine bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Blase oder Niere? _____		
Ist in Ihrer Familie Krebs bekannt? (Blase, Niere, Hoden, Brust, Darm,.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

(Bitte unterstreichen oder angeben)

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der **Urologischen Facharztpraxis Dr. Fabio Cedrone** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten/Kliniken und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten/Kliniken und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Freiwilliger Zusatz- nur falls ausdrücklich gewünscht:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden **Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name des Angehörigen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters