



# u r o l o g i e

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis! Sie sind heute zum ersten Mal bei uns – deshalb möchten wir Sie gerne erst einmal kennenlernen. Bitte helfen Sie uns dabei: Füllen Sie unseren Fragebogen aus und geben Sie ihn am Empfang ab. Vielen Dank!

Name:		Vorname:	
Str. und Nr.:		PLZ und Wohnort:	
Telefonnummer:			
Handynummer:			
Geburtsdatum:		Krankenkasse:	
E-Mail-Adresse:			
Hausarzt:			

Leiden Sie an **Allergien** und wenn ja, an welchen?

- Nein  
 Ja, und zwar gegen folgende Medikamente / Substanzen:  
 .....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Dickdarmspiegelung** durchgeführt?

- Nein  
 Ja, an folgendem Datum: .....

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Falls Sie einen Medikamentenplan dabei habe, nicht ausfüllen sondern den Plan bei der Anmeldung abgeben

- Nein  
 Ja, und zwar folgende/s Medikament/e:  
 .....

Nehmen Sie auch **blutgerinnungshemmende Medikamente** ein? (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Godamed, Plavix, Xarelto, Desitic Iopidin, Tiklyd, Rocornal, Pradaxa)

- Nein  
 Ja, und zwar folgende/s Medikament/e:  
 .....

Liegt bei Ihnen eine **Zuckererkrankung (Diabetes)** vor?

- Nein  Ja

Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der **Schilddrüse** vor?

- Nein  Ja

Dürfen wir Ihre Befunde an den **Hausarzt** oder **Überweisungsarzt** weitergeben? (**siehe dazu auch die Erklärung auf der Rückseite**)

- Nein  Ja

Möchten Sie, dass wir Sie an Ihren nächsten **Kontroll-** bzw. **Vorsorgetermin** erinnern?

- Nein  Ja

**Vielen Dank für Ihre Mühe! Ihr Praxisteam**

Ort, Datum.....Unterschrift:.....

(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)

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Felgner/Geil-Bierschenk/Sobek meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich konnte das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis einsehen, 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 und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten 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 Diagnostik erforderlich sind.
- In besonderen Behandlungsfällen (z.B. bei Tumorerkrankungen) unsere Praxis durch externes medizinisches ärztliches Fachpersonal (z.B. Konsiliarärzte, niedergelassene Fachärzte, Qualitätsbeauftragte, Vordiagnostiker) eine Unterstützung zur Optimierung der medizinischen Behandlung und Betreuung erfährt und an diese Dritten meine Daten übermittelt werden.
- Für den Fall dass am Wochenende oder Feiertag eine medikamentöse Behandlung erforderlich wird (z.B. bei einer Blasenentzündung) bin ich, damit die Behandlung zeitnah beginnen kann, damit einverstanden, dass das Rezept im Einzelfall in der "Brückenapotheke" in der Seckenheimer Hauptstraße 143, 68239 MA-Seckenheim hinterlegt wird.
- 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:.....