



Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt komplett aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Grund für Ihre Terminvereinbarung:

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte geben Sie alle Medikamente, d.h. auch blutverdünnende Medikamente an (z.B. ASS, Xarelto, etc.)

Hatten Sie bisher **Operationen**? Wenn ja welche?

Haben Sie **chronische Erkrankungen**? (Bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hep. C) |

Haben Sie **Allergien** gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche Medikamente?

Wenn Sie ein Screening, d.h. eine Blutentnahme auf Hepatitis B und C (Gelbsucht) wünschen, so sprechen Sie uns bitte an!

Bitte wenden





Sind Krebserkrankungen bei Ihnen in der Familie bekannt, wenn Ja welche? (Verwandtschaftsgrad)

Sind Sie **Raucher**? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?

Ja Wenn Ja, wieviel: _____ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Entbindung der Schweigepflicht von Angehörigen

Ich entbinde weiterhin den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Verwandtschaftsgrad	
Name	
Telefonnummer	

Hiermit stimme ich den Datenschutzbestimmungen der urologischen Praxis M. Roder/Dr. med. M. Nattermann zu. Diese sind im Aushang des Wartezimmers und der Homepage nachzulesen.

Desweiteren stimme ich zu, dass Auskünfte von meiner Krankenkasse oder dem MDK an meinen behandelnden Urologen erteilt werden können. Ebenso die Übermittlung meiner Daten für die Tumorkonferenz, Zweitmeinungen, Meldungen ans Landeskrebsregister und Onkodata/TumorScout (medizinische Dokumentation).

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Ihre Behandlung erfolgt nach einem festgelegten Zeitplan. Dieser Zeitraum ist für Sie blockiert worden, um Ihnen die Behandlung zu ermöglichen ohne lange Wartezeit. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für nicht abgesagte Termine 40€ pro 20 Minuten in Rechnung stellen müssen.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.