



Dr. Martin Barth - Prof. Dr. Rainer Küfer - Dr. Alexander Pfund  
Dr. Johannes Müller - Felix Schneider - Dr. Rexhep Shala  
Gartenstr. 50; 73033 Göppingen

## Eigenanamnese

Sehr geehrte Patienten, wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten und zutreffendes anzukreuzen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ Beihilfe/ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Was ist der Anlass für Ihren Arztbesuch bei uns? (bitte ankreuzen)

- |                          |                               |            |
|--------------------------|-------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Vorsorge                      |            |
| <input type="checkbox"/> | Beschwerden/Schmerzen         | z.B. _____ |
| <input type="checkbox"/> | Beratung bei Erektionsstörung |            |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Beratung             | z.B. _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an dauerhaften Erkrankungen (z.B. Diabetes/Zucker, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck, HIV/Hepatitis)? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja  Nein

Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Untersuchungsergebnisse an Dritte z.B. Ehepartner,

Kinder etc. (auch telefonisch) mitgeteilt werden dürfen? Ja  Nein

Wenn ja, an wen? (bitte ankreuzen)

Ehepartner / Lebensgefährte Ja  Nein

Kinder Ja  Nein

Eltern / gesetzlicher Vertreter Ja  Nein

## Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich willige ein, dass mein behandelnder Facharzt

Praxisname:

Urologisches Zentrum  
Dr. Barth, Prof. Küfer, Dr. Pfund,  
Dr. Müller, Hr. Schneider, Dr. Shala  
Gartenstraße 50, 73033 Göppingen

- meine Behandlungsdaten und Befund an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt.
- bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.

Mein Hausarzt ist:

---

Name des Hausarztes, Ort

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

**Für Männer:** Im Falle eines nachgewiesenen Prostatakarzinoms werden meine Behandlungsdaten für den Zweck der Datenerhebung zur Qualitätskontrolle im Falle einer Nachversorgung durch die Urologische Klinik der ALB FILS KLINIKEN GmbH an die Tumordokumentation des PROSTATAKARZINOMZENTRUMS in der Klinik am Eichert übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vormundes