



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)

- Vorsorge
- Beschwerden/Schmerzen z.B. _____
- Beratung bei Erektionsstörung z.B. _____
- 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