



Neunzigstr. 10
40625 Düsseldorf
Tel.: 0151 652 555 04
www.urologie-in-duesseldorf.de

Patienten-Nr.: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um einen besseren Überblick über Ihre Erkrankung zu erhalten, benötigen wir Angaben zu Ihrer Vorgeschichte. Um diese möglichst standardisiert zu erhalten, dürfen wir Sie bitten, sich ein paar Minuten zum Ausfüllen der folgenden Fragen zu nehmen. Wenn Sie hierzu Druckschrift verwenden, würde uns das die Auswertung erleichtern.

Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Beruf:	_____
Tel.-Nr. Festnetz:	_____ Tel.-Nr. Mobil: _____
E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____ Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Versichert bei:	_____
Hausarzt:	_____

<u>Bezugsperson</u>	<input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> _____
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Tel.-Nr. Festnetz:	_____ Tel.-Nr. Mobil: _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Ist ein erhöhter Augendruck (**Grüner Star, Glaukom**) bekannt: Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert oder stationär im Krankenhaus behandelt worden?

Ja Nein - Wenn Ja, geben Sie bitte an, wann ca. und was operiert wurde, bzw. weshalb die stationäre Behandlung erfolgte:



Sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Lungen bekannt?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche: (z.B. Angina pectoris, Staublunge, Tuberkulose)

Sind Stoffwechselstörungen oder Schilddrüsenerkrankungen bekannt?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche: (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenvergrößerung)

Sind Erkrankungen des Nerven- Skelett- oder Muskelsystems bekannt?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche: (z.B. Depressionen, Muskelatrophie, Rheuma)

Sind schon einmal Erkrankungen der Nieren, Blase, bei Männern auch der Prostata und der männlichen Geschlechtsorgane aufgetreten?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche: (z.B. Harnwegsinfekte, Nierensteine)

Sind Sie schon einmal an einem Tumorleiden erkrankt gewesen?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche:

Sind schon einmal Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen aufgetreten?

- Ja Nein - Wenn Ja, welche: (z.B. Kontrastmittel, Medikamente, Aspirin)



Patientenname _____

Datum ____ / ____ / ____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein - Wenn Ja, geben Sie bitte an welche und die Tagesdosierung.

Medikamente	Dosierung

Ich bin damit einverstanden, dass alle auf dem Bogen aufgezeichneten Daten EDV-technisch erfasst und gespeichert werden.

Ja Nein* *falls Nein angekreuzt wird, ist ggf. ausreichende Diagnostik und/oder Behandlung unter Umständen nicht möglich!

Auf schriftlichen Antrag ist jederzeit Widerruf zur Speicherung bestimmter oder aller Daten möglich, sofern sie nicht auf gesetzlicher Grundlage aufbewahrt werden müssen.

Vielen herzlichen Dank!

Düsseldorf, den ____ / ____ / ____ Unterschrift: _____

Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

- Google Jameda Doctolib Gelbeseite Telefonbuch zufällig
 Auf Empfehlung Sonstiges: _____