

	FO Patientenauskunft	Version: 4.1.6 Erstellt und geprüft 20.06.18 Dr. N. Oppermann
--	-----------------------------	--

Vorname: _____ Name: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Versichert bei: _____ Email: _____

Grund Ihres Besuches? _____

Vorerkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- z.B. Lungenerkrankungen Bluthochdruck
 Herzerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen
 Diabetes (Zucker) häufige Harnwegsinfekte
 Nierenerkrankungen Nierensteine
 Bluterkrankungen (welche?) _____
 Sonstige Vorerkrankungen: _____

Operationen? _____

z.B. Prostata Herz Blinddarm Gebärmutter Blase

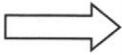
Dauermedikamente, welche?: _____

Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto etc.) _____

Allergien: _____

Beruf/Familienstand: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____



Ich bin einverstanden damit, dass meine Behandlungsdaten durch die Urologische Praxis, Am Grundweg 12 in 64342 Seeheim-Jugenheim gespeichert und verarbeitet werden. Dort bereits über frühere Behandlungen vorhandene Aufzeichnungen sollen nicht gelöscht werden, auch wenn sie älter als zehn Jahre sind. Über Untersuchungsergebnisse und Behandlungen dürfen andere Ärzte (z.B. Hausarzt) und -falls aus medizinischen Gründen erforderlich- Krankenhäuser unterrichtet werden. Ich gestatte, dass diese meine Daten über das als nicht vollkommen sicher geltende Fax übertragen werden dürfen. Ich bestätige, dass ich die Aushänge über die Datenschutzerklärung in der Praxis zur Kenntnis genommen habe und über die Möglichkeit der Aushändigung einer Kopie informiert wurde. Auf mein Widerrufsrecht wurde ich hingewiesen.

Unterschrift: _____ **(Wichtig!)**

Bei Terminvereinbarungen: Im Falle einer Verhinderung bitte den Termin bis 24 Stunden vorher absagen. Bei unentschuldigter Nicht- Inanspruchnahme des Termins kann ein Schadenersatz eingefordert werden.

Ort,Datum:.....Unterschrift: