

Einverständniserklärungen und Anamnesebogen

Patientendaten	Hausarzt:
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Festnetz:	mobil:
Adresse:	
Bekannte Erkrankungen:	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Zutreffendes bitte ankreuzen!	Nein	Ja
Haben Sie eine Infektionskrankheit (z. B. Gelbsucht, HIV, Tbc)?		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, ASS)?		
Haben Sie Allergien? Wenn ja: welche?		
Sind Sie zuckerkrank?		
Haben Sie hohen Blutdruck?		
Haben Sie niedrigen Blutdruck?		
Rauchen Sie?		
Trinken Sie täglich Alkohol?		
Konsumieren Sie Drogen?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bitte auf der Rückseite angeben!)		
Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z. B. Prostata-Krebs)?		
Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt?		
Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt?		
Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen?		
Möchten Sie an die jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Gilt nur für Männer ab 45 Jahren)		

Wichtige Information:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie als Arzt umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Befunde und Diagnosen elektronisch gespeichert werden und mir ggf. per E-Mail oder Fax übermittelt werden.

Der Weitergabe meiner Befunde an Dritte und dem Abruf meiner Befunde von anderen mich behandelnden Stellen (z. B. andere Ärzte oder Krankenhäuser) stimme ich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum/Unterschrift des Patienten bzw. dessen Erziehungsberechtigten.



Welche Medikamente nehmen Sie?

Vollmacht

Ich bevollmächtige hiermit

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

- ☐ von der Urologie Bad Driburg sämtliche mich betreffende Dokumente und Diagnosen entgegennehmen zu dürfen und entbinde die Mitarbeitenden der Urologie Bad Driburg gegenüber dem Vollmachtnehmer von der ärztlichen Schweigepflicht über meine Person.
- ☐ in der Urologie Bad Driburg in meinem Namen Terminvereinbarungen zu treffen.

Der Bevollmächtigte ist ausschließlich selbst berechtigt, alle erforderlichen Auskünfte und Informationen einzuholen. Das Erteilen einer Untervollmacht zur Erlangung von Informationen ist hiermit ausdrücklich untersagt.

Die Vollmacht gilt bis zum Widerruf und kann jederzeit widerrufen werden.

Bad Driburg, den

Unterschrift des Vollmachtgebers