

**Urologische Praxis
Dr. Braun und Dr. Oetzel**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) Beruf

Hausarzt Rezept-Zuzahlungsbefreiung ja / nein

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? _____

Urologische Operationen? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> Nieren-/ Blasen-/ Gallensteine | <input type="checkbox"/> Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> Wasserbruch | |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Prostataentzündung | <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | |
| <input type="checkbox"/> Harnblasenpolyp | <input type="checkbox"/> Blinddarmentzündung | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Verminderte Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> HIV |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (z.B. Pille)

Welche? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitungsanzeige Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Patientenbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja / nein

.....
Datum

.....
Unterschrift