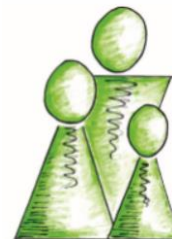


PATIENT NR.:



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um einen zügigen Ablauf bei der Behandlung unserer Patienten zu gewährleisten möchten wir Sie bitten, diese Fragebogen so weit wie möglich auszufüllen.

Nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung, denn umso besser können wir uns ein Bild über Ihre Gesundheit machen. Falls Sie Rückfragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne.

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxis Team.

Ihre Daten:

Name Vorname

Straße

PLZ Ort Geb.Datum

Tel. Nr. Mobil-Nr.

E-Mail

Wie heißt Ihr Hausarzt?

Waren Sie schon einmal in urologischer Behandlung? Wenn ja, weshalb? Geben Sie bitte, wenn möglich, den behandelnden Arzt bzw. das behandelnde Krankenhaus und das Jahr an

PATIENT NR.:

Patientenfragebogen (urologisch)

1. Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden? (Tag und Nacht) ca. ____ Liter

2. Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasser lassen? tagsüber ____ mal, nachts ____ mal

3. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein

4. Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? Ja Nein

5. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? Ja Nein

6. Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? Ja Nein

7. Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte ankreuzen)

normal mäßig abgeschwächt stotternd tröpfchenweise muss pressen

8. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? Ja Nein

Wenn ja bei welcher Gelegenheit? (bitte ankreuzen)

Schwer heben Sport Springen Husten o. Niesen

Treppensteigen Lachen normal Laufen im Liegen

9. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? Ja Nein

10. Tragen Sie Einlagen? Ja Nein

Wenn ja wieviele benötigen sie pro Tag? ____ Stck., ggf. Bezeichnung _____

11. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? Ja Nein

12. Haben Sie Stuhl-Unregelmäßigkeiten? (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz) Ja Nein

13. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:

PATIENT NR.:

14. Aktueller Gesundheitszustand:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Urinieren | <input type="checkbox"/> Prostata-Vorsorge | <input type="checkbox"/> Inkontinenz (Urinverlust) |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Erektionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Unterleibsschmerzen | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Waren Sie deshalb schon einmal in Behandlung, wenn Ja, wann und wo?

Haben Sie Schmerzen? Ja Nein

Bitte geben Sie uns eine Einschätzung Ihrer Schmerzen:

auf einer Skala von 1 bis 10: 1 = ein wenig Schmerzen ; 10 = schlimmster vorstellbarer Schmerz

15. Vorerkrankungen

Ist eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Verschluss der Beinvenen (Thrombose) oder Lungenembolie | | |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt – Wenn ja, haben Sie | <input type="checkbox"/> Stents oder
<input type="checkbox"/> Bypässe ? | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | an folgendem Organ: _____ | |

Seit wann ist die Krebserkrankung bekannt? (Datum) _____

Sind Sie momentan noch in Behandlung deshalb? Bestrahlung Chemo

Wo werden Sie behandelt? Bitte nennen Sie uns Arzt und Krankenhaus

PATIENT NR.:

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt? Allergien? Bitte listen Sie diese hier auf:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

16. Verraten Sie uns noch, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

- Familienangehöriger, der bereits Patient hier ist Freunde
- Überweisung vom Hausarzt
- Internet über folgende Adresse _____
- Sonstige : _____

Bitte bestätigen Sie die o.a. Informationen und willigen Sie mit Ihrer Unterschrift unserer Datenschutzverordnung auf der folgenden Seite 5 ein



PATIENT NR.:

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund verschiedener gesetzlicher Neuerungen, insbesondere dem Inkrafttreten der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass in unserer Praxis personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, d.h. erhoben, gespeichert und an berechtigte Dritte weitergeleitet werden. Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen, Art. 4 Nr. 1 DSGVO. Zudem verarbeiten wir auch Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 4 Nr. 15 DSGVO, also solche personenbezogenen Daten, die sich auf Ihre körperliche und geistige Gesundheit beziehen, aus denen Informationen über Ihren Gesundheitszustand hervorgehen einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. Die Datenverarbeitung ist zur Erfüllung des zwischen unserer Praxis und Ihnen bestehenden Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten erforderlich Art. 6 Abs.1 lit. B. Gleichzeitig sind wir verpflichtet, anderen Mit- und Weiterbehandlern die bei uns erhobenen Daten, z.B. mittels Arztbrief zur Verfügung zu stellen, §28 SGB V, §§2,24,36 BMV-Ä. Dies dient der Gewährleistung Ihrer Mit- oder Weiterbehandlung. Diese Datenübermittlung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch uns nur, wenn Sie insoweit eingewilligt haben oder wir hierzu aufgrund bestehender gesetzlicher Regelungen verpflichtet bzw. berechtigt sind. Daneben können Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, klinische Krebsregister, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Berufsgenossenschaften, Labore oder privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Auch die Übermittlung an diese Empfänger erfolgt entweder aufgrund Ihrer erklärten Einwilligung oder aufgrund gesetzlicher Grundlagen §§ 2, 24, 26 BMV-Ä. Dann erfolgt die Übermittlung überwiegend zu Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen, insbesondere bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung ergebenden Fragen. Wir sind gesetzlich verpflichtet, alle von uns erhobenen oder an uns übermittelten personenbezogenen Daten, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung in unserer Praxis bestehen gemäß §630 f Abs. 3 BGB für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen ergeben. Sie haben grundsätzlich das Recht, Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen Art. 15 DSGVO. Ferner haben Sie das Recht, die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Praxisorganisation

Innerhalb der Praxisorganisation ist es erforderlich, auf die Reihenfolge der Behandlung der Patienten zu achten. Dabei ist beabsichtigt, Sie weiterhin namentlich aufzurufen, damit Sie schnellstmöglich die entsprechende Behandlung erhalten. Weiterhin ist es für Patienten der Praxis Dr. Müller erforderlich, dass Sie im Falle einer Praxisvertretung (z.B. Urlaub) dem Kollegen/der Kollegin Einsicht in Ihre Krankenakte gewähren, damit eine gewissenhafte und lückenlose Weiterbehandlung in der Praxis aufrechterhalten werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie darin ein, dass Sie mit dem oben Genannten einverstanden sind. Widerrufsrecht Sie haben jederzeit das Recht, die erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, Art. 7 Abs. 3 DSGVO. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Außerdem willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung gem. obiger Ausführungen ein

Datum

Unterschrift Patient/Patientin