



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

ich möchte Sie um die Beantwortung folgender Fragen bitten, die für Ihre urologische Untersuchung, Behandlung und die Auswahl der geeigneten Medikamente zum Teil wesentlich sein können.

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Telefon-Nr : ..... / Handy-Nr: ..... / eMail: .....

Hausarzt:.....

gelegentliche oder dauernde **Medikamenteneinnahme** (z.B.  Blutdruck-,  Herz-,  Diabetes  
 Blutverdünnung, ...):  Nein  Ja, welche?  Ja, Pille

Medikamentennamen: .....

**chronische Erkrankungen** (z.B.  Herz-,  Schilddrüsen-,  Darm-Erkrankung,  Diabetes,  grüner Star):

Nein  Ja, welche?.....

**bisherige Operationen** (z.B.  Darm-,  Blutgefäß-,  Bruch-Operation,  gynäkol. Operation):

Nein  Ja, welche?.....

**Allergien (z.B.  Jod-,  Kontrastmittel-,  Antibiotika-Allergie):**

Nein  Ja, welche? .....

**Schwangerschaft:**  ausgeschlossen,  nicht sicher ausgeschlossen,  schwanger

**Erkrankungen in der Familie (z.B.  Krebs,  Nierensteine,  Dialysepflicht):**

Nein  Ja, welche?.....

**Grund Ihrer Vorstellung** bei uns:

- Beschwerden, Schmerzen / Wo? .....
- Blasenprobleme
- Vorsorgeuntersuchung,  Angst vor Krebs,
- Erektionsstörung,  vorzeitiger Samenerguss,  Kinderwunsch,  Sterilisation,
- Krankmeldung/ Attest/ Formulare
- sonstiges: .....

*(Bei Abweichung von den Angaben bei der Terminvereinbarung kann möglicherweise heute nicht auf alle Themen eingegangen werden.)*

Waren Sie früher schon mal bei einem Urologen?

Nein  Ja,

bei.....Wann?.....

**Bitte geben Sie mitgebrachte Befunde und/ oder Laborwerte an der Anmeldung ab!**

**Bitte wenden!**

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, \_\_\_\_\_  
Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Farahmandi meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und Leistungserbringern (z.B. Apotheke, Pflegeheim, Krankenhaus) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte, Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Arztbriefe und Befunde in der Regel per Fax oder Email übermittelt werden. Beide Verfahren gelten aus datenschutzrechtlicher Sicht als nicht gesichert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Meine Daten werden mindestens 10, meistens aber 30 Jahre lang gespeichert.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass an die folgenden Personen krankheitsbezogene Informationen über mich oder Formulare wie Rezepte oder Überweisungsscheine gegeben werden dürfen.

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters