



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

Lieber Patient,

ich möchte Sie um die Beantwortung folgender Fragen bitten:

Beschwerden:  links  rechts

Beschwerden seit:  mehr  weniger als 3 Tage  kommen und gehen seit > 3 Tagen

|   | Ist mir bekannt             | Ist mir neu                   |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Jedes Jahr gehen in Deutschland Hunderttausende wegen Schmerzen, Ziehen, Drücken im Hoden oder der Leiste zum Urologen.                           | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Ca. 90% aller Männer haben oder hatten diese Beschwerden schon mal.   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Es muss also etwas Normales sein und kein Zeichen für eine Krankheit.*  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Deshalb finden Ärzte auch fast nie eine sichere Ursache dafür.*   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Hodenkrebs tut gar nicht weh, solange Sie nicht schon seit vielen Monaten eine schmerzlose Vergrößerung und Verhärtung des Hodens getastet haben. | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Die Diagnose heißt fast immer „Angst“.  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Ich habe in letzter Zeit von Hodenkrebs gehört oder gegoogelt.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ich sicher wäre, dass es nichts Schlimmes ist, könnte ich damit Leben.   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

\*Eine akute Nebenhodenentzündung entwickelt sich innerhalb von Stunden und ist zunehmend.

Bitte wenden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind bemüht, Ihre Anfragen in unserer Praxis umfassend, vertraulich und zügig zu beantworten.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zur Wahrung Ihrer Privatsphäre sind wir angehalten, vor Erteilung telefonischer Auskünfte Ihre Identität zu klären, sofern Sie oder Ihre Stimme uns nicht bekannt sind.

Da es auch notwendig sein kann, Informationen über Sie an Dritte weiterzugeben, erbitten wir hierzu Ihr Einverständnis. Sie können Ihre Angaben jederzeit ändern oder Ihre Einwilligung widerrufen. Bitte teilen Sie uns mit, an wen wir Informationen über Sie weitergeben dürfen.

Danke.

Ihr Praxisteam

---

Ich, \_\_\_\_\_, bin damit einverstanden, dass an die folgenden Personen krankheitsbezogene Informationen über mich weitergegeben werden dürfen:

Labor, Kliniken, Institute und Mitbehandler (wie *Ärztliches Gemeinschaftslabor Heidelberg/ Labordiagnostik Heidelberg, Pathologie, ...*)      " ja      " nein

Hausärzte, andere Fachärzte (Berichte)      " ja      " nein

**Name** und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

(Ehefrau " , Ehemann " , Lebenspartner " ) **Name:** \_\_\_\_\_ " ja      " nein

Sonstige Personen: \_\_\_\_\_ " ja      " nein

Einschränkungen / Besonderheiten:

---

Datum: .....

Unterschrift: .....

Vielen Dank !