UROLOGIE
DR. HANNAH ARNOLD

SELBSTAUSKUNFT

_____

Vorname Name Geburtsdatum

_____

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

_____

Telefonnummer (**Festnetz und Mobil**)

E-Mail: _____

Hausarzt/Hausärztin: _____

_____ cm _____ kg (Ehemaliger) Beruf:_____

Größe Gewicht

Hiermit bestätige ich, dass ich die Praxisinformation zum Datenschutz, die mir mit meiner Terminbestätigung per E-Mail zugeschickt wurde oder auf der Homepage abrufbar sind und im Wartezimmer aushängen, gelesen habe und akzeptiere.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die urologische Praxis Senden von Dr. Hannah Arnold:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzt:innen / Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern darf. Sollte ich bei Dr. Peiberg (dem Praxisvorgänger) in Behandlung gewesen sein, erkläre ich mich einverstanden, dass die o.g. Praxis Zugriff auf meine Patientenakte von Dr. Peiberg hat.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzt:innen / Leistungserbringer übermitteln darf. Zum Beispiel Arztbriefe, Laborbefunde, Pathologiebefunde an den (überweisenden) (Haus-)Arzt/Ärztin, an das Krankenhaus,… .
- Terminerinnerungen, medizinische Anfragen und Untersuchungsbefunde per an mich per E-Mail übermittelt.

Es ist mit bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____

Ort, Datum Unterschrift Patient:in / gesetzliche:r Vertreter:in

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er/sie ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

Bitte beachten Sie auch die zweite Seite!

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

UROLOGIE
DR. HANNAH ARNOLD

Medikamentenunverträglichkeit/-allergie:: _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja → ☐ früher, bis _____ (Jahreszahl) → Wieviele? _____ Zigaretten/Tag

Letzte **Koloskopie**: (Darmspiegelung): _____ (Jahreszahl)

Nehmen sie momentan **Medikamente** ein? ☐ nein
☐ ja → **Bitte vollständige Angabe der Medikamente mit Dosierung oder Medikamentenplan!**

Wurden Sie schon mal **operiert**? ☐ nein ☐ ja → Welche **Operation**, und wann?

Gibt es in Ihrer Familie **Krebserkrankungen**? ☐ nein ☐ ja → Welche, bei wem:

Haben oder hatten sie …

☐ Blut im Urin
☐ Nieren- oder Blasensteine
☐ Prostataentzündung
☐ Blasenentzündung
☐ Blasenschwäche oder Harninkontinenz
☐ Hodenentzündung

Durchschnittliche Trinkmenge in 24 Stunden: _____ Liter

Schmerzen: ☐ nein ☐ ja → wo: _____

Schmerz beim Wasserlassen? ☐ nein ☐ ja

Häufigkeit Wasserlassen? tagsüber ____ Mal, nachts ____ Mal

Harnstrahl: ☐ normal ☐ abgeschwächt ☐ stotternd ☐ nachträufeln

Benutzen Sie Inkontinenzvorlagen? ☐ nein ☐ ja → wieviele: ___ /Tag ___ /Nacht

Stuhlunregelmäßigkeiten? ☐ nein ☐ Durchfall ☐ Verstopfung

Aktueller Grund der Terminvereinbarung:

Bitte beachten Sie auch die zweite Seite!