



Dr. Winkler · Dr. Fehling

Fachärzte für Urologie · Andrologie · Naturheilverfahren · Palliativmedizin
Ärztehaus im „Forum K“

Name: _____ Geburtstag: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____ E-Mail: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die folgenden Fragen so gut Sie können zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben oder Hilfe benötigen, so wenden Sie sich bitte an uns.

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in unsere Sprechstunde?

Waren sie schon einmal bei einem Urologen? Wenn ja, wegen welcher Beschwerden?

Leidet jemand in Ihrer Familie oder ein direkter Verwandter an einer urologischen Erkrankung oder einer Krebserkrankung?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gicht (Harnsäureerhöhung) | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßverengung (Angina pectoris) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn Ja, welche und wie oft am Tag? (z.B. Marcumar, ASS oder Metformin)

Leiden Sie an einer Medikamentenallergie? Ja Nein
Wenn Ja, gegen welches Medikament (z.B. Antibiotikum, Kontrastmittel)?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Ja Nein
Wenn Ja, welche und wann?

Welchen Beruf üben sie aus, oder haben sie ausgeübt?

Ich bin über die Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung informiert. Ja
Einverständnis mit der Berichterstattung an den überweisenden Arzt/ Hausarzt. Ja Nein
Privatpatienten: Einverstanden mit der Weitergabe meiner Daten an die PVS-Niedersachsen. Ja

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____