



### Persönliche Fragen

Name:  Vorname:   
Straße + Hausnummer:  PLZ / Ort:   
Mobilnummer:  E-Mail:   
Geburtsdatum:  Geschlecht:   
Größe:  cm Gewicht:  kg  
Kontaktaufnahme per E-Mail erlaubt  Ja  Nein

### Versicherung

Meine Krankenversicherung: Bei  gesetzlich  privat  
Privatversicherten:  Normaltarif  nur Basistarif  
Name der privaten Versicherung:   
Hausarzt / überweisender Arzt:

### Beruf / Lebenssituation

Aktueller Beruf:   
Beziehungsstatus / Familienstand:

### Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gemäß § 73 Abs. 1b SGB V und EU-DSGVO. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. O. Thiemann / Dr. G. Sommer die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten, Befunde und Laborbefunde bei meinem Hausarzt, überweisenden Ärzten, mitbehandelnden Fachärzten, Kliniken, Laboren und sonstigen Leistungserbringern einholt und an diese übermittelt, soweit dies zur Dokumentation, Diagnostik und weiteren Behandlung erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

- Ich bin mit der oben beschriebenen Übermittlung und Einholung meiner Behandlungsdaten und Befunde einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Praxiskooperation Laborbefunde und hierfür erforderliche Behandlungsdaten an kooperierende Labore übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden dürfen.

Ort:  Datum:

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_



### Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (akute) Beschwerden / Erkrankung | <input type="checkbox"/> Krebsvorsorgeuntersuchung   |
| <input type="checkbox"/> Vasektomiewunsch                 | <input type="checkbox"/> Fruchtbarkeits-Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Hormoncheck                      | <input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion        |

### Symptomabfrage (Checkliste)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen / Brennen beim Wasserlassen     | <input type="checkbox"/> Sichtbares Blut im Urin            |
| <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen                           | <input type="checkbox"/> Hodenschmerzen                     |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz / Ausschlag im Genitalbereich    | <input type="checkbox"/> verengte / entzündete Vorhaut      |
| <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang                     | <input type="checkbox"/> häufiger Harndrang tagsüber        |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz / unwillkürlicher Urinverlust | <input type="checkbox"/> Erektionsstörungen / Libidoverlust |

Nichts von diesen Symptomen, sondern:

### Allgemeine Vorerkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus           | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> HIV                |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüse        |

Krebs, Krebsart:

### Urologische Vorerkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nieren-/Harnsteine                  | <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen     |
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden / -vergrößerung | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Blasenentleerungsstörung            | <input type="checkbox"/> Blasensenkung          |

Urologische Krebsart:

Folgendes:

### Operationen

Auflistung von Voroperationen (insb. Bauch- und Beckenraum) mit Jahreszahl:

Wurde bei Ihnen jemals eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?

- ja, zuletzt im Jahr:   nein



### Allergien

- Medikamente, folgende:
- Kontrastmittel
- Heuschnupfen / Hausstaub
- Lebensmittel, folgende:
- Sonstige:

### Medikamente und Genussmittel / Drogen

- ich rauche  ich rauche nicht
- ich nehme Drogen, folgende:
- Ich nehme keinerlei Medikamente ein
- Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto)
- Ich nehme die folgenden Medikamente ein:
- 

**Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihren aktuellen Medikamentenplan und urologisch relevante Vorbefunde mit.**

### Familiäre Vorbelastung

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Krankheiten aufgetreten?

- Nieren-/Harnsteine  Krebs (Blut-, Prostata-, Blasen-, Niere)
- Sonstige Erbkrankheiten, folgende:

### Nur für Frauen

- Erkrankungen der Unterleibsorgane, folgende:
- Erkrankungen der Brüste, folgende:

**Geburten:**  Nein  Ja, Anzahl:   mit Scheiden-/Dammriss bzw. -schnitt

Ort:  Datum:

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift