



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 Dres. O. Thiemann / 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.

Ich entbinde Dres. O. Thiemann / G. Sommer gegenüber meiner angehörigen (Vor- & Nachname von Ehefrau, Ehemann, Kinder, Angehörigen oder Freunden) von meiner Schweigepflicht.

Name/n:

Ort:

Datum:

Unterschrift Patient/in: _____



Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- | | |
|---|--|
| ☐ (akute) Beschwerden / Erkrankung | ☐ Krebsvorsorgeuntersuchung |
| ☐ Vasektomiewunsch | ☐ Fruchtbarkeits-Untersuchung |
| ☐ Hormoncheck | ☐ Erektile Dysfunktion |

Symptomabfrage (Checkliste)

- | | |
|--|---|
| ☐ Schmerzen / Brennen beim Wasserlassen | ☐ Sichtbares Blut im Urin |
| ☐ Nierenschmerzen | ☐ Hodenschmerzen |
| ☐ Juckreiz / Ausschlag im Genitalbereich | ☐ verengte / entzündete Vorhaut |
| ☐ nächtlicher Harndrang | ☐ häufiger Harndrang tagsüber |
| ☐ Inkontinenz / unwillkürlicher Urinverlust | ☐ Erektionsstörungen / Libidoverlust |

☐ Nichts von diesen Symptomen, sondern:

Allgemeine Vorerkrankungen

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ Nierenerkrankungen |
| ☐ neurologische Erkrankungen | ☐ HIV |
| ☐ Hepatitis | ☐ Schilddrüse |

☐ Krebs, Krebsart:

Urologische Vorerkrankungen

- | | |
|--|---|
| ☐ Nieren-/Harnsteine | ☐ Blasenentzündungen |
| ☐ Prostatabeschwerden / -vergrößerung | ☐ Geschlechtskrankheiten |
| ☐ Blasenentleerungsstörung | ☐ 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