

Dr. med. Karl Josef Ommer

Dr. med. Henrik Mück

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:

Geb. Datum:

eMail Adresse:

Telefonnummer:

- Wer ist Ihr Hausarzt:

- Größe: Gewicht:

- Rauchen Sie? Ja __ nein __ gelegentlich __ früher mal __

- Aus welchem Grund (Krankheit, Beschwerden) suchen Sie unsere urologische Praxis auf?

- Welche wichtigen Erkrankungen haben Sie bisher gehabt und wann?

- Operationen (welches Organ, wann)

- Liste meiner Medikamente:

- Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Aspirin, Marcumar)?

- Ist eine Allergie bekannt, vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

- Ich habe die im Wartezimmer ausliegenden Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch kann mir diese Information ausgehändigt werden.**

Unterschrift:

~~ Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abzusagen. ~~

Einwilligung zur Information anderer Stellen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Informationsweitergabe an weitere Praxen

Ich willige ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern (überweisende Arztpraxen, Labore, Strahlentherapie etc..) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen übermittelt.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, dies gilt auch für telefonische Anfragen:

Name	Telefon	Geburtsdatum	Adresse

Ich verpflichte mich, Arztwechsel bekannt zu geben.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Bergisch Gladbach, _____ Unterschrift Patient _____