Gemeinschaftspraxis für Urologie Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

Dr. med. Michael Kämmerling, Dr. med. Jan Marin, Dr. med. Andreas Bükers, Herr Wolfgang Spoerl, Dr. med. Gudula Linnenbrink Dr. med. Stefan Rütten, Herr Daniel Thönissen, Dr. med. Catrin Milsmann

Angestellte Ärzte: Dr. med. Christiana Wagner, Herr Peter Bergmann, Frau Sibille Weiss, Dr. med. Michel Kämper, Herr Matthias Küch, Dr. med. Martin Rosmus

Medikamentöse Tumortherapie, Palliativmedizin, Ambulante Operationen, Krebsvorsorge, Andrologie, Kinderurologie, Inkontinenzberatung und Labormedizin

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Patient: _____
Name, Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort | Straße | Telefon

_____
Beruf | Telefon dienstlich | Tel. mobil

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf eine urologische Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind gesetzlich vorgeschrieben. Sie dienen dazu, Ihre Behandlung zu optimieren.

Gleichzeitig möchten wir Sie informieren, dass alle behandelnden Ärzte der urologischen Gemeinschaftspraxis Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen Ihre Krankenakte einsehen können und Sie ggf. auch mitbehandeln. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Bitte sprechen Sie uns an.

Wann war Ihr letzter Besuch bei einem Urologen?_____

Stehen Sie in allgemeinärztlicher Behandlung? Nein ☐ Ja ☐ Hausarzt: _____

		Ja	Nein
Kommen Sie zu einer **Vorsorgeuntersuchung**		☐	☐
Besteht der Verdacht auf eine **Hormonstörung?** (Schlafstörung, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Sexualstörungen, Konzentrationsschwäche)		☐	☐
Bestehen:			
- Herzerkrankungen	Herzschwäche/Insuffizienz	☐	☐
	Herzrhythmusstörungen	☐	☐
	Herzschrittmacher		
- Kreislauferkrankungen	Blutdruck normal ☐ hoch ☐ niedrig ☐		
	Zustand nach Herzinfarkt	☐	☐
- Stoffwechselstörungen	Zuckerkrankheit/Diabetes	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
- Blutungsneigung	Marcumar, Aspirin/ASS (bitte kennzeichnen)	☐	☐
- Allergien	Medikamentenallergien	☐	☐
	Asthma, Hautallergien	☐	☐
	Besitzen Sie einen Allergiepass	☐	☐
Operationen		☐	☐

Wenn ja, welche Operationen?.....

- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....

- Sind Sie einverstanden, dass Ihre Angehörigen(Ehepartner) über Befunde informiert werden ☐ ☐

Wir danken für Ihre Angaben
Ihr Praxisteam

_____
Datum, Unterschrift Patient/-in

Es gelten unsere Datenschutzbestimmungen, welche Sie in unseren Praxen einsehen können und auf Wunsch dort in gedruckter Form erhalten.