



## ANAMNESEFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen **gut lesbar** vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE VERSICHERT?

- gesetzlich versichert
- Stationäre Zusatzversicherung
- PKV Vollversicherungstarif / Normaltarif (Selbstzahler)
- Gesetzlicher PKV Basistarif (§ 75 SGB-V)
- Post-B
- KVB I-III
- KVB IV



## ANAMNESEFRAGEBOGEN

### VORERKRANKUNGEN

Herz/Kreislauf/Lunge  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Magen/Darm/Stoffwechsel  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nieren  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Neurologisch/Psychiatrisch  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Sonstiges:

---

---

### VOROPERATIONEN

im Bauch- oder Genitalbereich  nein  ja, und zwar (welche/wann):

---

---

### WEITERES

Allergien?  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

Raucher?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren

Alkohol?  nein  ja, Menge/Art: \_\_\_\_\_

Covid-19-Impfung?  nein  ja

Medikamente?  nein  ja, und zwar (nur regelmäßige Einnahme):

---

---

---

oder aktueller Medikamentenplan (bitte bereit halten)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENTENERINNERUNG

Sind Sie mit einer Erinnerung an folgende Termine per E-Mail einverstanden?

**bestehende Termine**

nein  ja

u. a. Bestätigung, Erinnerung, Verzögerung, Verschiebung, Absage, Followup.  
Die Erinnerung erfolgt über das Terminbuchungsportal Tomedo.

**Früherkennungsuntersuchungen** für Männer ab 45 Jahren, Vorsorge/IGeL  nein  ja

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a) und Art. 9 Absatz 2 lit a) Datenschutz-Grundverordnung / § 73 Abs. 1b SGB V

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie werden gebeten, durch **Ankreuzen** und **Unterschrift** Ihre Einwilligung zu erteilen, dass

- alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an unsere privatärztliche Verrechnungsstelle, die PVS, weitergeleitet und die Rechnungsforderungen außerdem an die PVS zum Einzug abgetreten werden.
- Ihre erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden (Haus-)Ärzte, die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Bestrahlung, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen sowie an sonstige hinzugezogene Leistungserbringer wie z. B. Hilfsmittelversorger und Apotheken weitergegeben werden. Sie entbinden Ihren behandelnden Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ihr behandelnder Arzt bei Ihrem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für Ihre Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der vom behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistung verarbeitet und nutzt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, unter bestimmten Voraussetzungen auf Löschung und ggfs. Berichtigung unrichtiger Daten. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte unserer Patientinformation zum Datenschutz, die Sie in der Praxis einsehen oder sich aushändigen lassen können.

Die Abgabe der Einwilligung ist freiwillig. Die Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufbar. Hiermit erteile ich meine Einwilligung.

---

Ggf. Nachname/Vorname (gesetzlicher Vertreter / bei Minderjährigen beide Elternteile)

---

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.  
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ihr UZL-Team

### Urologisches Zentrum Lübeck Partnerschaftsgesellschaft

Praxis Lübeck  
Kronsförder Allee 69 • 23560 Lübeck  
Telefon: 0451 – 317 04 35 - 0  
E-Mail: info@uz-luebeck.de

Praxis Ratzeburg und Belegabteilung im DRK-Krankenhaus  
Röpersberg 2 • 23909 Ratzeburg  
Telefon: 04541 – 604 65 - 0  
E-Mail: ratzeburg@uz-luebeck.de