



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: _____ Stationäre Zusatzversicherung: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Körpergröße (in cm): _____ Körpergewicht (in kg): _____

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 einverstanden?

bestehende Termine

nein ja

u. a. Bestätigung, Erinnerung, Verzögerung, Verschiebung, Absage, Followup.

Die Erinnerung erfolgt über das Terminbuchungsportal Samedi.

Früherkennungsuntersuchungen für Männer ab 45 Jahren, Vorsorge / IGeL

nein ja

Erinnerung per: E-Mail Telefon / SMS

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
Kronsforder 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