

Patientennummer



Dr. med. Marco Sekizuka

Facharzt für Urologie

Medikamentöse Tumorthherapie

Grasweg 7 · 85077 Manching

☎ 08459/326727 · Fax 08459/326730

Patientenaufnahmebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Füllen Sie ihn bitte in Ruhe im Wartezimmer aus. Sollten Sie Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Krankenakte anzulegen. Bitte beantworten Sie diese Fragen vollständig, da viele Versichertenkarten fehlerhaft sind!

Versichert als Mitglied Familienmitglied Rentner Privat

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt _____

Beruf: _____

Medizinische Vorgeschichte

Nehmen Sie REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE ein? Bitte zutreffendes ankreuzen oder ergänzen.

▶ Blutverdünnende Medikamente :

Marcumar ASS Clopidogrel Plavix Iscover Xarelto Eliquis Pradaxa Lixiana

▶ Diabetes-Medikamente :

Insulin Metformin Sonstige: _____

▶ weitere Medikamente: _____

Sind ALLERGIEN bei Ihnen bekannt?

nein ja, welche? _____

Aktuelle Körpergröße: _____ cm

Aktuelles Gewicht: _____ kg

auf der nächsten Seite geht es weiter →

Bitte geben Sie ggfs. die OPERATIONEN an, die bei Ihnen bisher durchgeführt wurden:

Operation	Jahr	Krankenhaus

Leiden Sie an chronischen KRANKHEITEN, die evtl. bereits einer Krankenhausbehandlung bedurften (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen)?

Erkrankung	Krankenhausbehandlung/Jahr

Datenschutz

Aufgrund juristischer Vorgaben (gem. §73 Abs. 1b SGB V) bitten wir Sie um Ihr Einverständnis zur Übermittlung von Befundberichten/Behandlungsdaten an den Hausarzt, Überweiser, an weiterbehandelnde Ärzte oder den medizinischen Dienst der Krankenkasse nach den gesetzlichen Vorgaben. Des Weiteren entbinden Sie uns mit Ihrem Einverständnis von der Schweigepflicht gegenüber oben genannten Kollegen. Das gleiche gilt für die entsprechende Erhebung von erforderlichen Vorbefunden und Behandlungsdaten bei Ihrem Hausarzt, oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern. Das Einverständnis kann jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden. Wir bitten dann um entsprechende Mitteilung.

Sollten wir uns im Urlaubs- oder Krankheitsfall vertreten lassen, benötigen die Kollegen unseres Vertrauens eine möglichst umfassende Kenntnis Ihrer Vorbefunde. Wir bitten Sie daher um Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Einsichtnahme in Ihre Krankenakte durch den vertretenden Kollegen/die vertretende Kollegin.

auf der nächsten Seite geht es weiter 

- Obige Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Ich willige in die Befundübermittlung an meinen Hausarzt/an den überweisenden Arzt ein.
-

- Obige Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Ich möchte keine Befundübermittlung an meinen Hausarzt/an den überweisenden Arzt ein.

Datum/Unterschrift _____

Grund des Praxisbesuchs?

- Vorsorgeuntersuchung für die Frau oder den Mann
- Fruchtbarkeitsuntersuchung des Mannes (Spermiogramm)
- Untersuchung und Behandlung von Erektionsstörungen
- Vorhautverengung
- Sterilisation des Mannes (Vasektomie)
- unwillkürlicher Urinverlust
- Harnstrahlabschwächung
- nächtliches Wasserlassen wie oft? : _____
- Brennen beim Wasserlassen seit wann? : _____
- Blut im Urin nicht sichtbar (von Hausarzt festgestellt) oder sichtbar

Weitere Beschwerden BITTE mit eigenen Worten hier notieren :

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____



Dr. med. Marco Sekizuka
Facharzt für Urologie

Medikamentöse Tumorthherapie

Grasweg 7 · 85077 Manching

☎ 08459/326727 · Fax 08459/326730

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß Art. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde zur Dokumentation gespeichert werden und an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Laboratorien weitergeleitet werden können. Zudem willige ich ein, dass Behandlungsdaten und Befunde von mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Laboratorien eingeholt werden dürfen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein kooperierendes Labor oder an Speziallaboratorien ergänzender Disziplinen zur Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu meinen gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner hier gespeicherten Daten und meiner Daten bei den Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

An folgende Person dürfen nach Feststellung ihrer Identität Behandlungsergebnisse, Befunde oder Rezepte weitergegeben werden:

Name/Anschrift/Telefon

1. _____

2. _____

3. _____

Manching, den _____

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

**Bitte schicken Sie den Anamnesebogen und die Erklärung zum DSGVO
an unsere E-Mail-Adresse: dr.sekizuka@web.de**

Vielen Dank!