



Sehr geehrte PatientInnen! Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen und uns einen reibungslosen Ablauf Ihres Termins garantieren zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen (Seite 1&2) und die Datenschutzerklärung (Seite 3&4) **vor** Ihrer Vorstellung bei uns auszufüllen und idealerweise uns **vorab per email zukommen zu lassen oder in der Praxis abzugeben**. Haben Sie einen **Medikamentenplan, Laborwerte oder wichtige Vorbefunde aus einer anderen Arztpraxis oder einem Krankenhausaufenthalt**? Lassen Sie uns diese auch bitte vorab per email an praxis@uro-bocholt.de zukommen.

Im Namen aller Mitarbeiter der Urologischen Gemeinschaftspraxis Bocholt,
Dres. Volker Pithan und Robin Epplen

Anamnesebogen

Name:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:
Krankenkasse:	Versichertennummer:
Geschlecht:	Hausarzt:

1. Was ist der **Grund Ihrer Vorstellung** in unserer Praxis? (Mehrfachnennungen sind natürlich möglich)

- Vorsorge Blut im Urin
- Vergrößerung der Prostata/Probleme beim Pinkeln/Wasserlassen
- Verdacht auf/Vorliegen von Nierensteinen
- Hodenschmerzen, Schmerzen an, am oder im: _____
- Vorhautverengung, Hautveränderungen am Genital
- Beratung zur Sterilisation (Vasektomie)
- Erektionsschwierigkeiten Testosteronmangel
- Verdacht auf oder Vorhandensein einer Tumorerkrankung/Besprechung von Befunden
- Kontinenzprobleme
- Sonstiges:

2. Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Sofern Sie einen Medikamentenplan vorliegenhaben, brauchen Sie diese Tabelle nicht auszufüllen.

1.	5.
2.	6.
3.	
4.	

3. Welche **Operationen** wurden bei ihnen bisher durchgeführt? Bitte geben Sie, wenn möglich, die Jahreszahl an: z.B. Blinddarmoperation 1996; Leistenbruch links 2001.

1.	Jahr:
2.	Jahr:
3.	Jahr:
4.	Jahr:
5.	Jahr:
6.	Jahr:
7.	Jahr:

4. Liegen bei Ihnen **chronische Erkrankungen** vor (z.B. Zuckererkrankung (Diabetes mellitus), Bluthochdruck (Hypertonie), Gicht, Nierensteinleiden, Blutgerinnungsstörung, neurologische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen)?

ja nein

Wenn ja – welche?

1.	Seit ca.
2.	Seit ca.
3.	Seit ca.
4.	Seit ca.
5.	Seit ca.

5. **Rauchen** Sie? ja nein

Wenn ja – wie viel Zigaretten pro Tag? _____

Ex Raucher (bis vor ca. _____ Jahren ____ Stck/Tag)

6. Erlerner **Beruf**: _____, derzeit ausgeübter Beruf: _____

7. **Familienanamnese:**

a) Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostatakrebs, Hodenkrebs? Darmkrebs? Brustkrebs?)

ja nein

wenn ja, welche Erkrankung?

Verwandter:	Art der Krebserkrankung

8. **Allergien:**

ja nein

Wenn ja – welche?

1.	Seit ca.
2.	Seit ca.
3.	Seit ca.
4.	Seit ca.
5.	Seit ca.

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder zur Registrierung im Krebsregister) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Apotheken) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbriefe, Laborbefunde), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name:

Telefon: _____ Mobilnummer:

E-Mailadresse:

Ihr Hausarzt: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Urologischen Gemeinschaftspraxis in Bocholt an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Diese sind:

- mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Labore
- Apotheken
- Seniorenheime
- Partner/ Eltern/ Kinder
- Sonstiges: _____

Falls Sie dieses nicht wünschen, bitte zutreffendes streichen!

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nur so lange gespeichert werden, wie diese verarbeitet werden. Allerdings können Ihre Daten aus rechtlichen Gründen länger gespeichert werden, insbesondere der ärztlichen Aufbewahrungspflichten, die in der Regel 10 Jahre oder länger, betragen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Bocholt, den _____
Datum

Unterschrift

Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail oder sonstigen Messengerdiensten sowie zur Kontaktaufnahme per Telefon und/oder Fax

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bieten Ihnen als unsere Patientin/unsere Patienten einen besonderen Service zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine, eventuelle Folgetermine oder auch fällige Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen an. Insbesondere möchten wir Sie gerne **per E-Mail oder sonstige Messengerdienste** über Ihre Praxistermine informieren und Sie ggfs. über das Eintreffen von Labordaten unterrichten. Auf diese Weise können wir Sie schneller, unkomplizierter und auf einem modernen, papierlosen Weg kontaktieren. Medizinische Informationen, die einen unmittelbaren Zusammenhang zu Ihrer Gesundheit haben, oder Werbeangebote werden wir nicht an Sie senden. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der übermittelten Daten, etwa über die Mitteilung des Eintreffens von Laboruntersuchungen, mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich sein könnten, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben. Dieser Service ist für Sie kostenfrei. Zuvor müssten Sie uns bitte Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von E-Mails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck geben. Rechtsgrundlage für eine Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Ohne diese – jederzeit widerrufbare – Einwilligung wird eine Kontaktaufnahme wie vorstehend beschrieben nicht erfolgen. Wir verweisen darüber hinaus auf die Datenschutzerklärung der Praxis, die auch für diese Einwilligung in die Kontaktaufnahme auf Grundlage dieser Einwilligung gilt.

Einwilligungserklärung:

Ich bin Patient/in dieser Arztpraxis. Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Arztpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-Mails über anstehende Termine und Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu. Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe. Mir ist bewusst, dass im Falle eines solchen Widerspruchs bzw. Widerrufs künftig die Arztpraxis mir keine elektronischen Nachrichten in dem vorbeschriebenen Umfang mehr zukommen lassen wird. Die Arztpraxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Arztpraxis zu ermöglichen.

Vorname:

Name:

Bocholt, den _____

Datum

Unterschrift