

Patientenfragebogen



Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Beruf:	
Handy*	Ggf. Festnetz*	Email*
Hausarzt:	Krankenkasse:	

Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
Sind Allergien/Medikamentenallergien bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?

Aus welchem Grund sind Sie heute hier? Welche Beschwerden haben Sie?

Wie häufig müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen (grob geschätzt, z.B. 0-1x): _____

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen beim Wasserlassen? Nein Ja

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten roten (blutigen) Urin? Nein Ja

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

Nein Ja, welche? _____

Für Männer: Kennen Sie Ihren PSA-Wert? WERT: _____ ng/ml, Datum _____

Hiermit bin ich mit der Verarbeitung meiner Daten laut DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) einverstanden. Siehe Aushang (gerne händigen wir Ihnen eine Kopie aus).

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Praxis mich über die o.g. Kontaktdaten telefonisch, elektronisch bzw. postalisch z.B. zur Befundübermittlung oder Terminkoordination (Doctolib) erreichen*

Datum, Unterschrift:

*Bitte geben Sie uns keine weiteren Kontaktdaten an, falls wir Sie nicht kontaktieren sollen.