

Thomas Böhm MBA / Dr. med. Jens Kühn
Urologisches Kompetenzzentrum Hochfranken
Fachärzte für Urologie
Eppenreuther Str. 28
95032 Hof

Tel.: 09281 / 91 487
Fax.: 09281 / 96 910

**Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
wir sind bemüht, Sie optimal ärztlich zu behandeln.
Hierzu benötigen wir die vollständige Information über Ihre Krankheitsvorgeschichte und bitten
Sie um Ihr aktives Mitwirken. Alle Ihre Angaben sind freiwillig.**

NAME: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Beruf: **Arbeitgeber:** **Telefon:**

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? O Ja O Nein
Wenn ja, welche?
.....

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? O Ja O Nein
(z. B. ASS, Godamed, Marcumar, Plavix)
Wenn ja, welches?

Bestehen folgende Krankheiten?

	Ja	Nein
1. Zucker (Diabetes mellitus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nierenversagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nierentransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Bestrahlung / Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kollagenose / PCP / Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Krankheiten?

Besteht eine Schwangerschaft? O Ja, im Monat
O Nein
O Ungewiss

Bisherige Operationen: O Nein O Ja, nämlich:
.....

Frühere Infektionskrankheiten: O Nein O Ja, nämlich:
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, etc.)

Allergien: O Nein O Ja, nämlich:

Sind Nieren oder Blase schon einmal geröntgt worden? O Nein O Ja, zuletzt:

Wer ist Ihr Hausarzt?
Soll Ihr Hausarzt einen Brief über das Ergebnis der Behandlung erhalten?
O Ja, bis auf schriftlichen Widerruf
O Nein

Die Information zum Datenschutz (Aushang Wartezimmer) habe ich zur Kenntnis genommen.

Hof, den..... Unterschrift: