



Doz. Dr. Christopher Springer, MBA

FACHARZT FÜR UROLOGIE

Ordinationsgemeinschaft MED3
Hintzerstraße 10, 1030 Wien

Tel: +43 1 710 38 26
Fax: +43 1 710 38 26 - 15

www.urologiepraxis.at
dr.springer@urologiepraxis.at

Ordinationszeiten:
Mittwoch 13:00 - 19:00
Freitag 10:00 - 15:00

ANAMNESEBOGEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnr.:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Ich freue mich, dass Sie mich in meiner Ordination aufsuchen und mir Ihr Vertrauen schenken.
Vor der ersten Untersuchung sollten Sie folgende Fragen nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden sorgfältig und vollständig beantworten.

Adresse:

PLZ. und Ort:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Allergien:

Medikamente:

Operationen:

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes (Zuckererkrankung)	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Hypertonus (Bluthochdruck)	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Neigung zu Thrombosen oder Embolien	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Rücken- oder Bandscheibenerkrankung	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Traten in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen auf	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung gemacht	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie	JA	<input type="checkbox"/>	Zig./Tag	<input type="checkbox"/>
			NEIN	<input type="checkbox"/>
			Nicht mehr seit (Jahren)	<input type="checkbox"/>



Doz. Dr. Christopher Springer, MBA

FACHARZT FÜR UROLOGIE

Ordinationsgemeinschaft MED3
Hintzerstraße 10, 1030 Wien

Tel: +43 1 710 38 26
Fax: +43 1 710 38 26 - 15

www.urologiepraxis.at
dr.springer@urologiepraxis.at

Ordinationszeiten:
Mittwoch 13:00 - 19:00
Freitag 10:00 - 15:00

Zu welchem urologischen Themenbereich möchten Sie beraten / behandelt werden?

Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchung des Mannes

Potenzminderung

Unerfüllter Kinderwunsch

Samenleiterdurchtrennung (Sterilitätsoperation)

Inkontinenz

Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)

Nierenerkrankung/Steinleiden

Andere:

Ihr persönliches Passwort für Auskünfte:

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

„Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.“

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhalten.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.“

Datum

Unterschrift