

Terminanfrage Urologie

Fragebogen für Frauen

Bitte füllen Sie die folgenden Felder sorgfältig aus, damit wir Ihre Terminanfrage bearbeiten können.

Ihre persönlichen Daten

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail-Adresse

Versichert

- ☐ Gesetzlich
- ☐ Privat
- ☐ Selbstzahler

Name und Ort Ihrer Hausärztin oder Ihres Hausarztes

Grund Ihrer Terminanfrage

Was ist der Grund für Ihre Terminanfrage?

Medizinische Vorgeschichte (Frau)

Nicht sichtbares Blut im Urin (Mikrohämaturie)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Sichtbares Blut im Urin (Makrohämaturie)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wiederkehrende Harnwegsinfektionen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Akuter Harnwegsinfekt oder Verdacht auf - auswärtig bereits mit Antibiotikum behandelt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Urininkontinenz?

- ☐ Ja ☐ Nein

Nierensteine oder Verdacht?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?

Bitte so genau wie möglich angeben (Monat + Jahr)

Zyklus: normal?

- ☐ Ja ☐ Nein

Zyklus: unregelmäßig?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wechseljahre (Menopause)?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Wechseljahre (Menopause)?' = Ja

Wechseljahre beendet (Postmenopause)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Besteht Scheidentrockenheit?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Besteht Scheidentrockenheit?' = Ja

Wird lokal eine Creme oder Zäpfchen verwendet?

- ☐ Ja ☐ Nein

Schwangerschaften als Spontangeburt?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Schwangerschaften als Spontangeburt?' = Ja

Wieviele?

Allgemeine Anamnese

Nehmen Sie Medikamente ein?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Nehmen Sie Medikamente ein?' = Ja

Bitte aktuellen Medikamentenplan einfügen

oder

Bitte geben Sie Ihre Medikamente manuell ein

Besteht eine Allergie auf Medikamente?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Besteht eine Allergie auf Medikamente?' = Ja

Welche Medikamente verursachen eine Allergie?

Besteht eine Allergie auf Kontrastmittel?

- ☐ Ja ☐ Nein

Begleiterkrankung: Bluthochdruck?

- ☐ Ja ☐ Nein

Begleiterkrankung: Diabetes mellitus (Zucker)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Begleiterkrankung: Herzinfarkt?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Begleiterkrankung: Herzinfarkt?' = Ja

Wann war der Herzinfarkt?

Bitte so genau wie möglich angeben (Monat + Jahr)

→ Nur ausfüllen wenn: 'Begleiterkrankung: Herzinfarkt?' = Ja

Stents nach Herzinfarkt?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Begleiterkrankung: Herzinfarkt?' = Ja

Bypass nach Herzinfarkt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Schlaganfall?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Schlaganfall?' = Ja

Wann war der Schlaganfall?

Bitte so genau wie möglich angeben (Monat + Jahr)

Niereninsuffizienz?

- ☐ Ja ☐ Nein

Nierensteine?

- ☐ Ja ☐ Nein

Krebserkrankungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Krebserkrankungen?' = Ja

Wenn ja, welche und wann?

Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen?' = Ja

Wenn ja, welche?

Orthopädische Erkrankungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Orthopädische Erkrankungen?' = Ja

Wenn ja, welche?

Rheuma?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Rheuma?' = Ja

Wenn ja, welche Form von Rheuma?

Erhöhter Augeninnendruck (grüner Star)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Schilddrüsenerkrankung?' = Ja

Wenn ja, welche?

Operationen Bauch / Leiste oder gynäkologische Operationen?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Operationen' = Ja

Wenn ja, welche und wann?

Darmkrebsvorsorge (ab 50 bzw. bei familiärer Belastung früher) durchgeführt?

- ☐ Ja ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Darmkrebsvorsorge (ab 50 bzw. bei familiärer Belas' = Ja

Welche Untersuchung wurde durchgeführt?

- ☐ Koloskopie
- ☐ Stuhltest (IFOBT)

→ Nur ausfüllen wenn: 'Welche Untersuchung wurde durchgeführt?' enthält Koloskopie

Wann war die letzte Koloskopie?

Bitte so genau wie möglich angeben (Monat + Jahr)

→ Nur ausfüllen wenn: 'Welche Untersuchung wurde durchgeführt?' enthält Stuhltest

Wann war der letzte Stuhltest (IFOBT)?

Bitte so genau wie möglich angeben (Monat + Jahr)

Gibt es in Ihrer Familie urologische Tumore oder Darmkrebs? Bitte im Freitext eingeben was und wer betroffen war bzw. ist.

Sind Sie Raucherin?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Haben Sie Implantate / Gelenkersatz?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

→ Nur ausfüllen wenn: 'Haben Sie Implantate / Gelenkersatz?' = Ja

Wenn ja, welche Implantate / Gelenkersatz?

Herzschrittleiter?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Biologische oder künstliche Herzklappe?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

Datenschutzerklärung und Ausfallgebühren

Sehr geehrte Patientin,

auf Grundlage der neuen europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sowie des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten:

1. Wir verarbeiten sowohl Ihre personenbezogenen, als auch Ihre Gesundheitsdaten zum Zwecke Ihrer Behandlung sowie der Organisation dieser, deren Abrechnung und - soweit von Ihnen gewünscht – zur Weitergabe an nachbehandelnde Ärzte oder Krankenhäuser. Im Folgenden verwenden wir hierfür nur noch den Begriff personenbezogene Daten.
2. Verantwortliche im Sinne der neuen Regelungen sind unser Datenschutzbeauftragter und der Praxiseigentümer.
3. Zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten sind wir gemäß Artikel 6 und 9 der DS-GVO sowie des § 22 BDSG berechtigt.
4. Empfänger der personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten außerhalb unserer Praxis werden lediglich Ihre Krankenkasse bzw. nachbehandelnde Ärzte sein. Sofern in Ihrem Fall zutreffend, werden wir vor Weitergabe von Daten an privatärztliche Verrechnungsstellen gesondert Ihre schriftliche Einwilligung einholen.
5. Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es zur Erfüllung unserer Pflichten aus dem mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag und der Wahrung unserer berufsrechtlichen Pflichten notwendig ist. Wir weisen Sie darauf hin, dass § 10 der Musterberufsordnung für Ärzte eine Mindestdokumentationszeit der Behandlung und damit auch Ihrer Daten von 10 Jahren vorsieht. Im Einzelfall können allerdings auch Speicherungen bis zu 30 Jahren notwendig sein.
6. Sie können jederzeit von uns Auskunft darüber verlangen, welche personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten bei uns gespeichert sind.
7. Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit. D.h., dass wir auf Ihren Wunsch hin verpflichtet sind, Ihnen sämtliche erhobenen Daten in einem gängigen Dateiformat zur Verfügung zu stellen. Auf Ihre Anforderung hin können wir diese Daten auch an einen von Ihnen zu benennenden Dritten übertragen.
8. Wenn unsere Auskunft ergeben sollte oder Sie anderweitig davon Kenntnis erlangen, dass wir personenbezogene Daten oder Gesundheitsdaten unrichtig verarbeitet haben, können Sie unverzüglich die Berichtigung Sie betreffender Daten verlangen.
9. Sie haben das Recht auf Löschung, Sie betreffender personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten, wenn die Daten zur Erfüllung unserer Pflichten aus dem Behandlungsvertrag oder zur Erfüllung unserer berufsrechtlichen Pflichten nicht mehr notwendig sind oder Ihre Daten von uns unrechtmäßig verarbeitet wurden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, können Sie ebenfalls die Löschung verlangen.
10. Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde zu beschweren, falls Sie der Auffassung sind, personenbezogene Daten oder Gesundheitsdaten wären falsch oder unrechtmäßig verarbeitet worden.

Unsere Praxis wird als ****reine Terminpraxis**** geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Hierdurch vermeiden wir für Sie unnötige Wartezeiten. Da wir die reservierte Zeit im Falle einer kurzfristigen Absage oft nicht anderweitig vergeben können, treffen wir mit Ihnen für diesen Fall folgende Vereinbarung gemäß ****§ 615 BGB****:

1. Absagefristen

Termine müssen spätestens ****24 Stunden**** (bei Montagsterminen bis Freitag der Vorwoche) vor dem vereinbarten Zeitpunkt abgesagt werden. Die Absage kann telefonisch, per E-Mail oder persönlich erfolgen.

2. Ausfallhonorar

Sollte ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden oder erscheinen Sie ohne Absage nicht zum Termin, sind wir berechtigt, ein pauschaliertes Ausfallhonorar in Höhe von ****65,00 €**** in Rechnung zu stellen.

3. Abrechnung mit Krankenkassen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ausfallhonorare ****nicht**** von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen erstattet werden. Die Gebühr ist von Ihnen privat zu zahlen.

Einverständniserklärung

- ☐ Ich stimme den Datenschutzhinweisen zu
- ☐ Ich habe die oben genannte Vereinbarung zum Ausfallhonorar gelesen und erkläre mich mit dieser Regelung ausdrücklich einverstanden.

Unterschrift zur Bestätigung der Vereinbarungen:

Abschluss und Bestätigung

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift und dem Ort / Datum.

Unterschrift: _____

Ort / Datum
