

Herzlich willkommen in der urologischen Gemeinschaftspraxis von TIP Dr. Yüksel Türk und Christian Nitz

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Sie vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und Medikamenteneinnahmen fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

E-Mail-Adresse: _____ Hausarzt: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzerkrankung / Herzklappenerkrankung
- Herzoperation Jahr: _____
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung

(Gerinnungshemmende Medikamente z.B. Marcumar®, ASS®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquise®)

Medikamente

Infektionserkrankungen

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkulose
- Sonstige

Welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Lokalanästhetikum
- Pflaster
- Sonstige

Welche: _____

Weitere Erkrankungen

- Diabetes
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- Epilepsie
- Nierenfunktionsstörung
- Nierentransplantation Jahr: _____
- Dialysepflichtig
- Ohnmachtsneigung
- Sonstige
- Darmspiegelung Jahr: _____
- Operationen (auch nicht urologisch)

Welche: _____

Welche: _____

Welche: _____ Jahr: _____

Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum
- Alkoholkonsum
- Raucher
- Schwangerschaft

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> sehr selten |
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> sehr selten |
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> sehr selten |

Bitte 2. Seite beachten!!!

Wichtige Informationen

- Ich verpflichte mich, Sie zeitnah über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte frühzeitig ab. Ansonsten sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen den **versäumten Termin** zukünftig mit **25 € in Rechnung** zu stellen. Anderen Patienten wird somit die Chance auf einen kurzfristigen Termin genommen. Wir würden Sie bitten, Ihren Termin **spätestens 24 Stunden** vorher telefonisch unter **04141 98920** oder über die Online-Rezeption auf unserer Homepage unter **www.urologie-stade.de** abzusagen.
- Wir führen eine ganze Reihe von verschiedenen Untersuchungen und Behandlungen durch. Jede Maßnahme erfolgt nach einem eigenen Terminplan. Deshalb werden manche Patienten vor Ihnen aufgerufen, die erst nach Ihnen das Wartezimmer betreten haben. Verzögerungen im Terminablauf können gelegentlich dadurch auftreten, dass wir akute Notfälle bevorzugt zu behandeln haben. Darüber aber informieren wir Sie und sind uns Ihrer Zustimmung sicher.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Stade, den

Unterschrift