



Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen bei der Erstanmeldung aus – bitte in Druckbuchstaben!
Sie erleichtern uns die Arbeit damit sehr. V i e l e n D a n k !

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Straße _____ PLZ/ Wohnort _____ Tel. Priv. _____ Gesch. _____

Beruf _____ Tel. mobil _____ E-Mail _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____ 0 Pflicht- / 0 Freiwillig versichert?

Privat versichert: ja / nein? Versicherung: _____ 0 mit / 0 ohne Beihilfe?

Hauptversicherter _____ Geb.datum _____

Hausarzt _____ Anschrift _____ Tel _____

Familienstand: ledig / verh. / gesch. / verw.?

Größe _____ Gewicht _____

Operationen (welche / wann?): _____

Schwere Erkrankungen (welche / wann?) _____

Prostataentzündungen: ja / nein? wann? _____ Antibiotika? _____

Medikamente derzeit: _____

Familiäre Belastung? (Darmkrebs / Osteoporose / Thrombose / Herzinfarkt / Diabetes?)

Allergien? _____ Zigaretten ja / nein? wie viele pro Tag? _____

Letzter Besuch beim Urologen? _____ Arztbrief? (Bitte mitbringen!)

Letzter Besuch beim Hausarzt/Internisten? _____ Arztbrief? (Bitte mitbringen!)

Wie sind Sie zu mir gekommen: O Empfehlung O Tel.buch O Internet O Partner O Sonstige:

Ich bin einverstanden, wenn Sie mich über Kontrolluntersuchungen bzw. Neuerungen im Bereich der Prävention informieren. Ja / Nein

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes ist Ihre Zustimmung bei der Weitergabe Ihrer Behandlungsunterlagen an ärztliche Praxisvertreter oder -nachfolger erforderlich.

Mit der Weitergabe bin ich einverstanden. Ja / Nein

München, den _____ Unterschrift: _____