

Männer

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf/letzte Tätigkeit: _____

Größe/Gewicht: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Fachärzte: _____

Grund Ihres Praxisbesuches:

Nur kassenärztliche Krebsvorsorge:

ja

nein

Evtl. angepasste Vorsorgeuntersuchung:

ja

nein

	nein				ja					
Schwacher Harnstrahl	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Plötzlicher, starker Harndrang	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Potenzschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Nervosität, Nachlassen der Leistung	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

Allergie:

nein

ja:

Blutverdünnung:

nein

ja:

Diabetes mellitus:

nein

ja

Metformin:

nein

ja

Nierenfunktionsstörung:

nein

ja

Herzinfarkt:

nein

ja:

Stent

nein

ja

Schlaganfall:

nein

ja:

Herzrhythmusstörung:

nein

ja:

Krebserkrankung:

nein

ja:

Infektionskrankheiten:

nein

ja:

Schilddrüsenerkrankung:

nein

ja:

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Praxis Befunde und Behandlungsdaten von mir bei mitbehandelnden Leistungserbringern einholen und übermitteln (lt. Paragraph 73 Abs 1b SGB V):

 ja

 nein

Ich wäre ggf. mit Erinnerungen an anstehende Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen einverstanden:

 ja

 nein

Ggf. wäre ich mit einer Befundmitteilung an mich über Fax oder E-Mail einverstanden:

 ja

 nein

Rosenheim, den _____

Unterschrift