



Praxis:
Urologische Fachpraxis im Zeppelin Carré
Friedrichstraße 5
70174 Stuttgart
Tel: 0711 / 649 86 74
Fax: 0711 / 60 89 89

Name / Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf, Telefonnummer:

1. Name, Adresse vom Hausarzt:

2. Sind sie in einem Hausarztvertrag? Ja Nein

4. Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit?
(HIV-positiv, Hepatitis B, C, Tbc bitte ankreuzen) Ja Nein

5. Haben Sie eine Allergie?
(z.B. Kontrastmittel-, Penicillin) Ja Nein

6. Nehmen Sie täglich Medikamente ein?
(z.B. Blutverdünnungs-, Rheuma, Blutzuckermittel, Herzmedikamente?) Ja Nein

7. Sind Sie an Diabetes (Blutzucker) erkrankt? Ja Nein

8. Hatten Sie einen Herzinfarkt / Sind Sie am Herzen operiert worden? Ja Nein

9. **Bei Frauen:** Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

10. Wurde schon eine urologische Behandlung durchgeführt?
Durch wen? Ja Nein

11. Sind Sie: a) gesetzlich versichert a) b)
b) privat

12. Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

13. Möchten Sie über unsere Zusatzleistungen informiert werden?
(z.B. Prostatakrebsvorsorge, Testosteronmangel?
ansteckende Geschlechtskrankheiten?) Ja Nein

Ich versichere, dass die o.g. Angaben der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift:

Datum: