



## UROLOGIE BERLIN-ADLERSHOF

### Einwilligungserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit a DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Nr:

PLZ/Stadt:

Email:

Telefon:

#### Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch die Praxis

Damit wir Sie im Rahmen Ihrer Behandlung gut erreichen können, möchten wir Sie ggf. kontaktieren – zum Beispiel:

- um auf Ihre E-Mails oder Anfragen zu antworten,
- um Termine mit Ihnen zu vereinbaren oder an diese zu erinnern,
- oder um Ihnen Untersuchungsergebnisse mitzuteilen.

Bitte kreuzen Sie an, **auf welchen Wegen wir Sie kontaktieren dürfen**:

☐

Per E-Mail (*unverschlüsselt*)

☐

telefonisch

☐

Per Post (es entstehen  
Ihnen ggf. Portokosten)

#### Einwilligung zum Versand von medizinischen Befunden per email

Einige Befunde sind für Ihre Weiterbehandlung z.B. bei anderen Ärzten erforderlich. Sie (oder eine bevollmächtigte Person) können die Befunde persönlich in der Praxis abholen, oder Sie wählen eine der folgenden Optionen:

☐

**Unverschlüsselter E-Mail-Versand** (kostenlos, freiwillige Serviceleistung)

Ich bin damit einverstanden, dass mir Befunde als unverschlüsseltes PDF per E-Mail zugesendet werden. Ich wurde darüber informiert, dass bei unverschlüsselten E-Mails ein gewisses Risiko besteht, dass Dritte unbefugt auf Inhalte zugreifen könnten. Ich nehme dieses Risiko bewusst in Kauf und verzichte auf eine verschlüsselte Übertragung. Der Versand erfolgt nur sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht..

☐

**Verschlüsselter E-Mail-Versand (kostenpflichtig)** Ich wünsche den Versand meiner Befunde per verschlüsselter E-Mail. Dieser Service ist kostenpflichtig und wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet: GOÄ-Ziffer 2; Faktor 3,5 = 8,15 EUR inkl. MwSt.

#### Einwilligung zur Weitergabe und zum Austausch medizinischer Daten

Ich willige ein, dass meine Proben (z. B. Blut, Gewebe, Urin, Stuhl) zu diagnostischen Zwecken an beauftragte Labore weitergeleitet werden dürfen. Ebenso dürfen Befunde an meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z. B. Hausarzt) übermittelt werden. Die Urologie Berlin-Adlershof darf bei Ärzten relevante medizinische Informationen anfordern und für meine Behandlung verwenden.

#### Widerruf und Hinweis zur Datenverarbeitung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ein Widerruf wirkt nur für die Zukunft – die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt. Mir ist bekannt, dass die Urologie Berlin-Adlershof zur Sicherung der Patientendaten geeignete technische Schutzmaßnahmen, einschließlich verschlüsselter Kommunikationswege, einsetzt. Die vollständige Datenschutzerklärung ist unter <https://urologie-berlin-adlershof.de> einsehbar.



Datum/Unterschrift:

bitte wenden





# Anamnesebogen

## Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

**Allgemeines:** Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_ Schwanger/Stillzeit ☐

Bisherige Urologen: \_\_\_\_\_

**Urologische Vorerkrankungen:** Harnwegsinfekte ☐ - Nierensteine ☐ - Problem mit dem Wasserlassen ☐ - Erektionsstörung ☐ - Blut im Urin ☐  
sonstiges: \_\_\_\_\_

### Krebserkrankungen:

**Lunge:** Asthma ☐ - Chronische Bronchitis ☐ - Tuberkulose ☐ - sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Diabetes ☐ - Schilddrüsenüberfunktion ☐ - Schilddrüsenunterfunktion ☐ -  
Lebererkrankung ☐ - Nierenerkrankung ☐  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nervensystem:** Anfallsleiden ☐ - Depression ☐ - Parkinson ☐ - Multiple Sklerose ☐  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gebrauch psychoaktiver Substanzen:** Alkohol ☐ - Nikotin ☐ - Cannabis ☐ -  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herz/Kreislauf:** KHK ☐ - Herzinsuffizienz ☐ - Herzrhythmusstörungen ☐ -  
Herzschrittmacher ☐ - Bluthochdruck ☐ - niedriger Blutdruck ☐  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Blut:** Blutungsneigung ☐ - gerinnungshemmende Medikamente ☐

**Infektionskrankheiten:** HIV ☐ - Hepatitis ☐ -  
:

Welche Allergien bestehen?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Wann hatten Sie welche Operationen?

Ich versichere, dass ich die obigen Angaben nach bestem Wissen getätigt habe. Bei Änderungen werde ich diese dem behandelnden Arzt mitteilen.



Datum/Unterschrift: