



UROLOGIE BERLIN-ADLERSHOF

Terminwunsch/Warteliste:

Zur medizinischen Einordnung benötigen wir den Grund Ihrer Vorstellung. Weitere Angaben sind freiwillig und dienen der besseren Vorbereitung. Sobald wir in der entsprechenden Sprechstunde eine Kapazität haben, melden wir uns bei Ihnen bezüglich eines Termins. Mit Angabe der jeweiligen Daten wird einem Kontakt über diese Optionen ausdrücklich zugestimmt:

Vor- und Nachname:

Strasse/Hausnummer/PLZ/Stadt:

Email:

Geburtsdatum:

Telefon:

Grund der Vorstellung (bitte genaue Angabe):

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: _____



UROLOGIE BERLIN-ADLERSHOF

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

AGB: Vertrag Ausfallhonorar

§ 1 Vertragsgegenstand: Dieser Vertrag regelt die Bedingungen für den Fall, dass ein Patient einen vereinbarten Termin in der Urologie Berlin Adlershof weniger als 24 Stunden vor dem Termin absagt oder ohne Absage nicht erscheint.

§ 2 Ausfallhonorar

1. Wird ein vereinbarter Termin vom Patienten weniger als 24 Stunden vor dem Termin abgesagt oder erscheint der Patient ohne Absage nicht zum Termin, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 40 Euro fällig.
2. Das Ausfallhonorar wird unabhängig von der ursprünglich geplanten Behandlungsleistung erhoben.
3. Der Betrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu begleichen, nach Ablauf der Fälligkeit erfolgt die weitere Abwicklung gemäß unseren AGB, die auf der Webseite eingesehen werden können.

§ 3 Vertragsannahme: Mit der Terminvereinbarung erklärt sich der Patient mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Hiermit stimme ich der Kontaktaufnahme über die von mir angegebenen Kontaktarten und den AGB bezüglich Ausfallhonorar zu



Datum, Unterschrift Patient