

Dr. Helmut Gallistl / Dr. Monika Stroh-Weigert

Ordinationsgemeinschaft

Stammdatenblatt Urologie

Lilienweg 4, 2232 Deutsch Wagram

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sozialversicherungsnummer/ Krankenkasse _____ Zusatzversicherung _____

Adresse _____ Postleitzahl/Ort _____

e-mail _____ Tel. Nr. (mobil) _____

Beruf (auch vormals ausgeübt) _____

Hausarzt _____ bisherige urologische Betreuung _____

Wichtige medizinische Angaben

Allergien:

Medikamente (u. a. Blutverdünnung):

Operationen im/an Bauchraum, äußeres Genitale:

internistische Erkrankungen:

familiäre Erkrankungen:

Nikotin:

Mit meiner Unterschrift stimme ich Folgendem zu:

- Meine Daten werden elektronisch erfasst und gespeichert.
- Mein Fach- bzw. Praktischer Arzt darf über meine Behandlung informiert werden.
- Mein Partner/in und ich bekommen telefonische/elektronische Auskunft betreffend der Diagnosen und Behandlung.

Datum: _____

Unterschrift _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam (Arzt, Internet, Freunde; etc.)?: _____