

## Urologische Untersuchungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer urologischen Praxis werden zur Diagnosefindung routinemäßig verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Im Rahmen des Arztgesprächs und der körperlichen Untersuchung werden wir Sie gegebenenfalls über die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen und deren Nutzen, Risiken und Alternativen informieren.

Diese speziellen Untersuchungen umfassen die Sonographie (Ultraschalluntersuchung), Blasendruckmessungen, Abstriche und Blutentnahmen zur Laboruntersuchung. Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit diesen Untersuchungen einverstanden, sofern diese notwendig sind und Sie zusätzlich mündlich darüber aufgeklärt werden. **Sie dürfen natürlich jede Maßnahme zu jedem Zeitpunkt ablehnen.**

Wir versuchen, die Wartezeit in unserer Praxis so kurz wie möglich für Sie zu halten. Daher vergeben wir **Termine nach dem Bestellsystem**. Bei einer nicht zeitgerechten Absage 24h vor dem Termin berechnen wir eine Ausfallpauschale in Höhe von 35 Euro für einen 15minütigen Termin.

## Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Wir sind bemüht, Ihre Anfragen in unserer Praxis umfassend, vertraulich und zügig zu beantworten.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zur Wahrung Ihrer Privatsphäre sind wir angehalten, vor Erteilung telefonischer Auskünfte, Ihre Identität zu klären, sofern Sie, oder Ihre Stimme uns nicht bekannt sind.

Da es auch notwendig sein kann, Informationen über Sie an Dritte weiterzugeben, benötigen wir hierzu Ihre Einverständniserklärung. Dies umfasst:

- Die Kassenärztliche Vereinigung und Ihre Krankenkasse
- Ggf. die Privatärztliche Abrechnungsstelle Büdingen
- Bei Laboruntersuchungen das durchführende Labor/Pathologie
- Bei stationärer Behandlung das jeweilige Krankenhaus

Des weiteren haben Sie die Wahlmöglichkeit, ob wir jemand anderes über Ihre Befunde informieren dürfen:

- den Hausarzt/überweisenden Arzt \_\_\_\_\_
- Ihren Ehegatten/Lebensgefährten \_\_\_\_\_
- weitere Angehörige/Freunde \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf Informationen über mich wie oben angegeben weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzliche Vertreters