



ANAMNESEBOGEN

Ich freue mich, dass Sie mich in meiner Ordination aufsuchen und mir Ihr Vertrauen schenken. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

IHRE DATEN

Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Hausarzt:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Geb. Datum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Tel. Nr.:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	E-Mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Krankenkasse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Vers. Nr.:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Beruf:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

ANAMNESE

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? JA NEIN

Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der Medikamente an:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? JA NEIN

z.B: Xarelto, Pradaxa, Thrombo Ass, Aspirin, Marcoumar, Plavix:

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? JA NEIN

Wenn ja, geben Sie bitte die Art der Operation und den Zeitpunkt an:

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Hypertonus (Bluthochdruck)	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckererkrankung)	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Schilddrüsenenerkrankungen	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Rücken- oder Bandscheibenerkrankung	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Neigung zu Thrombosen oder Embolien?	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Traten in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen auf?	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung gemacht?	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	JA	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	Zig./Tag	<input style="width: 30px;" type="text"/>
			NEIN	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
			Nicht mehr seit (Jahren)	<input style="width: 30px;" type="text"/>



UROLOGISCHE ANAMNESE

Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca. Liter

Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? tagsüber mal

nachts mal

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? JA NEIN

Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? JA NEIN

Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? JA NEIN

Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? JA NEIN

Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte unterstreichen):

normal | mäßig abgeschwächt | stotternd | tröpfchenweise | muss pressen

Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? JA NEIN

Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte unterstreichen):

Schwer heben | Sport | Springen | Husten o. Niesen | Lachen | Treppensteigen | normal Laufen | im Liegen

Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? JA NEIN

Tragen Sie Einlagen? JA NEIN

Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag? STÜCK

Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? JA NEIN

Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)? JA NEIN

ZU WELCHEM UROLOGISCHEN THEMENBEREICH MÖCHTEN SIE BERATEN/BEHANDELT WERDEN?

Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchung des Mannes

Potenzminderung

Unerfüllter Kinderwunsch

Samenleiterdurchtrennung (Sterilitätsoperation)

Inkontinenz

Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)

Nierenerkrankung/Steinleiden

andere:

Datum

Unterschrift

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!