



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:		Hausarzt:	
Geb. Datum:		Tel. Nr.:	
Beruf:		E-Mail:	
Krankenkasse:		Vers. Nr.:	
Adresse:			

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	☐	NEIN	☐
Diabetes (Zuckererkrankung)	JA	☐	NEIN	☐
Schilddrüsenerkrankungen	JA	☐	NEIN	☐
Rücken- oder Bandscheibenerkrankung	JA	☐	NEIN	☐
Neigung zu Thrombosen oder Embolien?	JA	☐	NEIN	☐
Traten in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen auf?	JA	☐	NEIN	☐
Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung gemacht?	JA	☐	NEIN	☐
Rauchen Sie?	JA	☐	Zig./Tag	
			NEIN	☐
			Nicht mehr seit (Jahren)	



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	
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!