Anamnesebogen

Urologie

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Sind 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, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
(z. B. Marcumar, Asperin, ASS, Godamed, Plavis o. ä.)

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? ☐ ja ☐ nein
(auch nicht urologisch)

Wenn ja, tragen Sie bitte die Art der Operationen und die Jahreszahl ein.

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?

☐ Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
☐ Herzbeschwerden / Herzinfarkt
☐ Magenbeschwerden (Sodbrennen, Magengeschwüre)
☐ Schilddrüsenerkrankungen
☐ Hypertonie (Bluthochdruck)

☐ Thrombosen oder Embolien

☐ Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen

Sind in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Jahreszahl ein.

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, ca. Zig. / Tag

☐ nicht mehr, ich habe aufgehört seit

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein ☐ Verdacht

Zu welchem urologischen Themenbereich möchten Sie beraten / behandelt werden?

☐ Vorsorge- / Früherkennungsuntersuchung des Mannes

☐ Potenzminderung

☐ Unerfüllter Kinderwunsch

☐ Inkontinenz

☐ Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)

☐ Nierenerkrankung / Steinleiden

☐ andere

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)

☐ durch Bekannte / Verwandte

☐ durch das Internet

☐ durch Flyer

☐ durch einen AOK-Mitarbeiter / Kundenberater

☐ Sonstiges

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Patient/in: