



## ANAMNESEBOGEN

### UROLOGISCHE VORERKRANKUNGEN

Zur Optimierung des Praxisablaufes bitten wir Sie freundlichst den Fragebogen auszufüllen.

NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

BERUFL. TÄTIGKEIT \_\_\_\_\_ GRÖSSE \_\_\_\_\_ GEWICHT \_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen bereits urologische Operationen (z.B. Prostata, Harnblase, Nieren, Hoden, Penis etc.) durchgeführt?**

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

In welcher Klinik? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus     | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen    | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung               |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krampfadern               | <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           | <input type="checkbox"/> Angina pectoris                |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen |  |   |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  Ja  Nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?**  Ja  Nein

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Allergien?**  Ja  Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Welche anderen Operationen wurden bereits durchgeführt?**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein

**Aktuelle Beschwerden** \_\_\_\_\_