

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Kinderzahl: _____

Gewicht: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ Email: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

Gibt es familiäre Tumore oder chron. Erkrankungen? _____

Rauch(t)en Sie? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Was, Wie viel? _____

Leiden/litten Sie unter nichturologischen Erkrankungen (ggf. wann)?

Nein

Ja Diabetes mellitus (Zucker)

Ja Lebererkrankung

Ja Fettstoffwechselstörung

Ja Nierenerkrankung

Ja Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Ja Gicht

Ja Bluthochdruck

Ja Infektionserkrankungen

Ja Angina pectoris

Ja Tuberkulose

Ja Durchblutungsstörung, wo?

Ja Asthma bronchiale

Ja Andere Herzerkrankungen, welche?

Ja Parkinsonkrankheit

Ja Schlaganfall, wann?

Ja Multiple Sklerose

Ja Schilddrüsenerkrankung, welche?

Ja Krebserkrankung, welche?



Haben Sie andere Erkrankungen? (Orthopädie/Arthrosen/Schmerzen..) _____

Nehmen Sie Medikamente (Blutverdünner, Vitamine...) ein? Ja Nein

Haben Sie Allergien (Medikamenten- od. Kontrastmittelunverträglichkeit) Ja Nein

Erfolgten Operationen? _____ Ja Nein

Welche urologischen Erkrankungen haben/hatten Sie wann? (Steine, Infektionen, Tumoren..)?

Wie stark ist Ihr Harnstrahl? Schwach Mittel Stark (jugendlich normal)

Wie häufig lassen Sie Wasser? Tags: _____ Nachts: _____

War Blut im Urin? Ja Nein

Verlieren Sie Urin? Ja Nein

Stuhlgang: Regelmäßig Unregelmäßig Mit Blut

Darmspiegelung (Coloscopie) erfolgt? Ja Wann: _____ Nein

Leiden Sie als Mann an einer Störung der Gliedsteifigkeit? Nie Gelegentlich Häufig Immer

Als Frau, sind sie schwanger? Ja Nein