

Patienten- Anamnesebogen

F. Hirschle
FA für Urologie und Andrologie

Name des Patienten:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail Adresse:	
Urologische Vorerkrankungen	
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?	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Angina pectoris <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung <input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/>	Krampfadern <input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung, welche? <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Größe: _____	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
Gewicht: _____	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	1. _____
	2. _____
	3. _____
Leiden Sie an Allergien?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	1. _____
	2. _____
Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?	
1. _____	2. _____
3. _____	4. _____