

Patienten- Anamnesebogen

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
E-Mail Adresse:			
Versicherung:			
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"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. _____	
Größe: _____		2. _____	
Gewicht: _____		3. _____	
		4. _____	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. _____	
		2. _____	
		3. _____	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. _____	
		2. _____	
Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?			
1. _____		2. _____	
3. _____		4. _____	