

## Patienten- Anamnesebogen

**F. Hirschle**  
FA für Urologie und Andrologie

|  |  |
|--|--|
| <b>Name, Vorname:</b><br><b>Geburtsdatum:</b><br><b>Telefonnummer:</b><br><b>E-Mail Adresse:</b>   | <b>Berufliche Tätigkeit:</b><br><br><b>Versicherung:</b><br><b>Hausärztin/ Hausarzt:</b> |
| <b>Urologische Vorerkrankungen</b>   |  |
| Wurden bei Ihnen bereits <b>urologische Operationen</b> (z.B. Prostata, Harnblase, Nieren, Hoden, Penis etc.) durchgeführt?<br>Wenn ja, was? _____<br><br>In welcher Klinik? _____ Wann? _____ |  |
| <b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>   |  |
| 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: _____   |  |
| <b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>  | <b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:</b>                                   |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  | 1. _____   |
| Größe: _____   | 2. _____   |
| Gewicht: _____   | 3. _____   |
|  | 4. _____   |
| <b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>  | <b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b>                            |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  | 1. _____   |
|  | 2. _____   |
|  | 3. _____   |
| <b>Leiden Sie an Allergien?</b>  | <b>Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:</b>  |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  | 1. _____   |
|  | 2. _____   |
| <b>Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?</b>   |  |
| 1. _____   | 2. _____   |
| 3. _____   | 4. _____   |
| <b>Wurde bei Ihnen bereits eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt?</b>  |  |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  | Wenn ja, wann?<br>Durch welche/n Ärztin/Arzt?  |
| <b>Rauchen Sie?</b>  |  |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  |  |
| <b>Aktuelle Beschwerden:</b>   |  |
|  |  |