

Patienten- Anamnesebogen

F. Hirschle
FA für Urologie und Andrologie

| | |
|--|---|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail Adresse: | |
| Versicherung: | |
| Urologische Vorerkrankungen | |
| Wurden bei Ihnen bereits <u>urologische Operationen</u> (z.B. Prostata, Harnblase, Nieren, Hoden, Penis etc.) durchgeführt? Wenn ja, was? _____ | |
| In welcher Klinik? _____ | Wann? _____ |
| Haben Sie bereits eigene Kinder, wenn ja wie viele? _____ | |
| 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. _____ |