

|                                                                                                                |                  |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Urologische Facharztpraxis</b><br><b>Sven Roch</b><br><b>Wismarsche Straße 380</b><br><b>19055 Schwerin</b> | <b>Formblatt</b> | <b>FB-Nr.: FB-A</b><br><b>1_Anamnesebogen.doc</b> |
|                                                                                                                |                  | <b>Seite 1 von 1</b><br><br><b>Revision 1</b>     |
| <b>Anamnesebogen</b>                                                                                           |                  |                                                   |

**Allgemeines:**

NAME: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein? Legen Sie ggf. einen gesonderten Medikamentenplan bei

| Medikamenten-Name | Dosierung<br>früh | Dosierung<br>mittags | Dosierung<br>abends | Dosierung<br>nachts |
|-------------------|-------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
|                   |                   |                      |                     |                     |
|                   |                   |                      |                     |                     |
|                   |                   |                      |                     |                     |

2. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Bitte geben Sie wenn möglich die Jahreszahl an z.B. Blinddarmoperation – 1996.

2.1 \_\_\_\_\_ (Jahr: \_\_\_\_\_)

2.2 \_\_\_\_\_ (Jahr: \_\_\_\_\_)

2.3 \_\_\_\_\_ (Jahr: \_\_\_\_\_)

2.4 \_\_\_\_\_ (Jahr: \_\_\_\_\_)

3. Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Zuckererkrankung, Bluthochdruck, Gicht,

Nierensteinleiden, Blutgerinnungsstörung)?  NEIN  JA

Wenn ja – welche?

3.1 \_\_\_\_\_

3.2 \_\_\_\_\_

3.3 \_\_\_\_\_

4. Sind Allergien (auch Medikamenten-Unverträglichkeiten) bekannt?  NEIN  JA

\_\_\_\_\_

5. Sind Sie Raucher?  NEIN  JA  früher (bis vor ca. \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_ Stck/Tag)

Wenn ja – wie viel Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ Pfeife pro Tag? \_\_\_\_\_

6. Wichtig wegen evtl. Berufskrankheit:

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**

1. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs)?  NEIN  JA

wenn ja welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

2. Sind anderweitige chronische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt (z.B. Diabetes, Bluthochdruck?)  NEIN  JA

wenn ja welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Patientenfragebogen (urologisch)**

1. Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca. \_\_\_\_\_ Liter

2. Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? tagsüber \_\_\_mal, nachts \_\_\_mal

3. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?  NEIN  JA

4. Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt?  NEIN  JA

5. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt?  NEIN  JA

6. Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen?  NEIN  JA

7. Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte unterstreichen):  
**normal / mäßig abgeschwächt / stotternd / tröpfchenweise / muss pressen**

8. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust?  NEIN  JA

Wenn ja bei welcher Gelegenheit? (bitte unterstreichen)  
**Schwer heben / Sport / Springen / Husten o. Niesen / Lachen / Treppensteigen / normal Laufen / im Liegen**

9. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang?  NEIN  JA

10. Tragen Sie Einlagen?  NEIN  JA

Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag? \_\_\_ Stck.ggf. Bezeichnung \_\_\_\_\_

11. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl?  NEIN  JA

12. Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)?  NEIN  JA

**13. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_