

Patienten- Anamnesebogen

PD Dr. med. W. Bentas
R. Koberstein (angest.Ärztin)
Fachärzte für Urologie

Name des Patienten:		Berufliche Tätigkeit:	
Geburtsdatum:			
Urologische Vorerkrankungen			
Zur Optimierung des Praxisablaufes bitten wir Sie freundlichst den Fragebogen auszufüllen. 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?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
Größe: _____		2.	
Gewicht: _____		3.	
		4.	
		5.	
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 bereits durchgeführt?			
1.		2.	
3.		4.	
Koloskopie (Darmspiegelung) erfolgt?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann:	
Rauchen Sie?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Aktuelle Beschwerden:			