Patientenfragebogen

Urologische Praxis Dr. Will & Dr. Adam

Kontaktdaten

Name		**Vorname**	
Geburtsdatum			
Straße/Nr.			
PLZ, Wohnort			
Tel. Festnetz		**Tel. Mobil**	
E-Mail-Adresse (privat)			

Verwaltung

Wer ist Ihr Hausarzt?		**in**	

Soll er einen Befundbericht bekommen? ☐ nein ☐ ja

Soll noch jemand einen Untersuchungsbericht bekommen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wer:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Falls Sie privat versichert sind, sind Sie mit der Abrechnung über eine Abrechnungsstelle einverstanden? (evtl. noch gesonderter Bogen nötig) ☐ nein ☐ ja

Allgemeines

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

Medikamenten-Namen	Früh	Mittag	Abend	Nacht
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt (bitte geben Sie wenn möglich die Jahreszahl an)
z.B. Blinddarmoperation – 1996

1. _____ (Jahr:)
2. _____ (Jahr:)
3. _____ (Jahr:)
4. _____ (Jahr:)

Ihr Name, Vorname: _____

Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Zuckererkrankung, Bluthochdruck, Gicht, Nierensteinleiden, Blutgerinnungsstörung, Bandscheibenprobleme)? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja – welche?

Sind Allergien (auch Medikamenten-Unverträglichkeiten) bekannt? Welche? ☐ nein ☐ ja

Sind Sie Raucher? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja – wie viel Zigaretten ____ **pro Tag? Oder** ____ **Pfeifen pro Tag?**

ggf. früher ☐ nein ☐ ja

(von Alter ____ **bis Alter** ____ **insges. über** ____ **Jahre** ____ **Stck./Tag)**

(Wichtig wg. evtl. Berufskrankheit!)

Erlernter Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber:

Sonstiges

Leiden Sie an Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja

Leiden Sie an Appetitlosigkeit? ☐ nein ☐ ja

Schwitzen Sie ungewöhnlich stark? ☐ nein ☐ ja

Aktuelle Körpergröße (cm) ____ **und Körpergewicht (kg):** ____

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ nein ☐ ja

Bei Frauen: Menopause seit:

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs?), wenn ja welche Erkrankung/en? ☐ nein ☐ ja

Sind anderweitige chronische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt (z.B. Diabetes, Bluthochdruck?) wenn ja welche Erkrankung? ☐ nein ☐ ja

Ihr Name, Vorname: _____

Patientenfragebogen (urologisch)

Wieviel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca. _____ **Liter**

Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? Tagsüber _____ **mal, nachts** _____ **mal**

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? ☐ nein ☐ ja

Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? ☐ nein ☐ ja

Wie ist Ihr Harnstrahl?

☐ normal ☐ mäßig abgeschwächt ☐ stotternd ☐ tröpfchenweise ☐ muss pressen ☐ sehr wechselnd

Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Husten ☐ Niesen ☐ Lachen ☐ schwer heben ☐ beim Aufstehen ☐ Treppe steigen ☐ im Liegen ☐ im Stehen

Haben Sie Harndrang, bevor es zum Einnässen kommt? ☐ nein ☐ ja

Können Sie den Harnstrahl willkürlich unterbrechen? ☐ nein ☐ ja

Müssen Sie bei Harndrang sofort zur Toilette gehen? ☐ nein ☐ ja

Tragen Sie Einlagen/Vorlagen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie viel benötigen Sie pro Tag? _____ **Stck.** **ggf. Bezeichnung** _____

Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/unfreiwilligen Stuhlabgang)? ☐ nein ☐ ja

Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? ☐ nein ☐ ja

Wurde schon eine Darmspiegelung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

Wenn Ja. Wann und wo? _____

Welche/s Problem/e führt/en Sie aktuell in die Praxis:

_____

_____

Sonstige Angaben oder Ergänzungen, auch Kritik oder Anregungen:

_____

Ort _____ **Datum** _____ **Unterschrift**

Formular drucken | Formular senden