

Anamnesebogen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Damit wir Sie besser beraten und betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen so weit wie möglich **vollständig** auszufüllen und an der Rezeption wieder abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt. **Wir danken Ihnen! Das Praxisteam.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Telefonnummer: Beruf:
 Familienstand: Ledig verheiratet / feste Partnerschaft
 Kinder: Nein Ja wie viele?

ÄRZTE

Waren Sie schon einmal bei einem anderen Urologen? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem?

Name	Adresse
Dr. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Werden Sie zurzeit von anderen Ärzten betreut? Ja Nein

Wenn ja, von welchen?

Name	Adresse	Fachgebiet
Dr. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Dr. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Dr. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie oder unter welchen leiden Sie?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Scharlach	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Mumps	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Röteln	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Hepatitis Typ A	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Hepatitis Typ B	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Hepatitis Typ C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
HIV, AIDS	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Andere Infektionskrankheiten? Ja Nein

ALLERGIEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja Nein

Falls ja, bitte ankreuzen!

Ja

Zusatzinformation (Welche? Seit Wann?)

Stäube, Gräser, Pollen

Jod

Medikamente

Röntgenkontrastmittel

Andere

ANDERE KRANKHEITEN

Welche der nachfolgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Krankheit	Ja	Nein	Weiß nicht	Seit wann behandelt? Jahre / Monate
Angina pectoris, Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lungenerkrankungen, z.B. Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen, z.B. Schaufensterkrankheit, Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen im Kopf, z.B. Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Gicht (erhöhte Harnsäure im Blut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Sodbrennen, Geschwüre, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Gallenblasenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bösartige Erkrankungen, Krebs oder Tumoren (z.B. Brust, Lunge, Prostata, Nieren, Gebärmutter, Hoden u. a. Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Operation <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Chemo <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Strahlentherapie
Blasenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Prostataerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Harnsteinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Nervenkrankheiten, Psychosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Andere Erkrankungen bitte hier auflisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

OPERATIONEN

Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen.

Leistenbruch (rechts / links

Ja

Wann?

Wo? Krankenhaus?

Leistenhoden, Hodenhochstand
(rechts / links

Blinddarm (Appendix)

Gynäkologische Operationen/ Welche?

Mandeln (Tonsillen)

Nasenpolypen oder -scheidewand

Andere Operation

Bitte hier auflisten

Kennen Sie Ihr aktuelles **Körpergewicht**?

Ja Nein

kg

Kennen Sie Ihre aktuelle **Körpergröße**?

Ja Nein

cm

KÖRPERMAßE UND MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenname

Dosierung

GEWOHNHEITEN UND BERUFLICHE EXPOSITION

Wie viele Zigaretten oder Zigarren rauchen Sie?

Nichtraucher

1-10 pro Tag

10-20 pro Tag

>20 pro Tag

Wie viele Jahre rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

Jahre

Wie häufig trinken Sie Alkohol (z.B. Bier, Wein, Schnaps etc.)?

Nie

Selten

(max. 1x pro Monat)

Gelegentlich

(max. 1x pro Woche)

Regelmäßig

(2-3x pro Woche)

Häufig

(täglich)

Gab oder gibt es Kontakt zu Chemikalien wie z.B. Farbstoffen, Lösungsmittel, Klebstoffe? Ja Nein

KRANKHEITEN VON DIREKTEN FAMILIENMITGLIEDERN (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

Welche Krankheiten sind bei Ihren Angehörigen bekannt?	JA	NEIN	WEIß nicht	
Nierenkrankheiten (z.B. Steine, Dialyse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tumorkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Infarkt, Schlaganfall, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

VORSORGE

Waren Sie schon einmal bei einer urologischen Krebs-Vorsorgeuntersuchung?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegt die letzte zurück? Jahre

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren?

Ja Nein

Wenn ja, bitte E-Mail Adresse hier eintragen:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde.

1) Name:

2) Name:

War der Fragebogen schwierig oder unverständlich?

Wenn ja, was sollte verbessert werden?

Datum:

Ihre Unterschrift: _____