

Anamnesebogen



Dr. med. Maria Ulrichs
Dr. med. Andreas Haase

Bitte lesen Sie diesen Bogen aufmerksam und füllen ihn möglichst vollständig aus.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer (bevorzugt Handynummer) _____

e-Mail Adresse _____

Beruf (bei Rente: erlernter Beruf) _____

Hausarzt _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Allergien _____

Was führt Sie zu uns (bitte ankreuzen)?

- ☐ Prostatavorsorge ab 45
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen / nächtliches Wasserlassen
- ☐ Blut im Urin
- ☐ Inkontinenz
- ☐ Kinderwunsch
- ☐ Sterilisation / Vasektomie
- ☐ Verdacht auf Krebs
- ☐ Erektionsstörung
- ☐ wiederkehrende Harnwegsinfekte
- ☐ akute Beschwerden / Schmerzen
- ☐ Sonstiges: _____

Medikamente (bitte ankreuzen und unterstreichen):

- ☐ Ich nehme keine Medikamente ein
- ☐ Blase / Prostata: Tamsulosin, Alfuzosin, Silodosin, Solifenacin, Trospium (Spasmex, Spasmolyt), Oxybutinin, Betmiga, Obgemsä, Vesicur, Mictonorm, Yentreve, Duloxetin
- ☐ Blutverdünner: ASS, Eliquis, Xarelto, Marcumar, Lixiana, Clopidogrel (Plavix), Prasugrel (Efient), Ticagrelor (Brilique)
- ☐ Diabetes: Metformin, Januvia, Jardiance, Xigduo, Forxiga, Trulicity, Insulin
- ☐ Blutdruck: Metoprolol, Bisoprolol, Candesartan, Ramipril, Enalapril, Torasemid, Furosemid, HCT, Xipamid, Spironolacton
- ☐ Immunsuppressiva: Methotrexat (MTX), Cortison, Ciclosporin, Azathioprin
- ☐ Schmerzmittel: Ibuprofen, Diclofenac, Etoricoxib (Arcoxia), Novalgin, Novaminsulfon, Metamizol, Tilidin, Fentanyl
- ☐ Sonstiges: _____
- _____
- _____
- _____

Genussmittel

Zigaretten, Shisha, Heater, Pfeife, Zigarren, Cigarillos? ☐ Ja ☐ Nein

wie viele am Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____

Nichtraucher seit wann? _____ Nieraucher? ☐ Ja ☐ Nein

Drogen? ☐ Ja ☐ Nein Welche? _____

Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Was und wieviel? _____

Familie

Familienstand? ☐ Ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwert

Kinder? ☐ Ja ☐ Nein Wie viele? _____

Bei Frauen: ☐ Normale Geburt, Zahl? _____ ☐ Kaiserschnitt, Zahl? _____

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen, was genau und wann?):

- ☐ Diabetes (Typ1 oder Typ 2) _____
- ☐ Herz (Herzinfarkt, Stent, Bypass, o.ä.) _____
- ☐ Niereninsuffizienz (Dialyse?) _____
- ☐ Augen (Glaukom, Grüner Star) _____
- ☐ Darm (Verstopfung, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) _____
- ☐ Nerven (Schlaganfall, Multiple Sklerose, o.ä.) _____
- ☐ Wirbelsäule (Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenosen) _____
- ☐ Krebserkrankungen _____
- ☐ Sonstiges: _____
- _____
- _____

Operationen, was genau und wann? (bitte ankreuzen):

- ☐ Prostata _____
- ☐ Blase _____
- ☐ Niere / Nierensteine _____
- ☐ Hoden _____
- ☐ Gebärmutter/Eierstöcke _____
- ☐ Transitionsoperation _____
- ☐ Darm _____
- ☐ Leiste _____
- ☐ Herz _____
- ☐ Lunge _____
- ☐ Gehirn _____
- ☐ Wirbelsäule _____

☐ Gelenke/Knochen _____

☐ Sonstiges _____

☐ Metallteile im Körper? (z.B. Herzschrittmacher, Defibrillator, Darm-, Blasen-, Schmerzschrittmacher, künstliche Gelenke, Platten, Schrauben, (Granat-)Splitter, Cochleaimplantat)

Benötigen Sie Hilfsmittel?

☐ Rollstuhl

☐ Rollator / Gehhilfe

☐ Inkontinenzvorlagen / Einlagen, wie viele am Tag? _____

☐ Schutzhosen / Windelhosen, wie viele am Tag? _____

! Wichtig: Haben Sie Arztbriefe oder sonstige medizinische Berichte? Wenn ja, geben Sie diese bitte am Empfang ab, damit diese vorab eingescannt werden können.

Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben und/oder Unterlagen Ihre Behandlung erschweren und unter Umständen sogar Ihre Gesundheit gefährden können.

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datum, Unterschrift