

# UROLOGISCHE PRAXIS



## 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, Obgema, 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  verwitwet

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, Spinalkalstenosen) \_\_\_\_\_
- 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**