

Dres. med. Axel Niemann • Hermann Pohlabein • Karl-Josef Winter • Gitta Nitsche • Jens-Uwe Heisig
Im Gesundheitszentrum Rechts der Ems • Osnabrücker Straße 227 • 48429 Rheine • Telefon 05971 6069 und 80018-50/-60

Allgemeines

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

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

Medikamenten-Name	Dosierung früh	Dosierung mittags	Dosierung abends	Dosierung nachts

2. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?

(Bitte geben Sie wenn möglich die Jahreszahl an, z.B. Blinddarmoperation (Jahr 1996))

2.1 _____ (Jahr _____)

2.2 _____ (Jahr _____)

2.3 _____ (Jahr _____)

2.4 _____ (Jahr _____)

3. Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor?

Ja Nein

(z.B. Zuckererkrankung, Bluthochdruck, Gicht, Nierensteinleiden, Blutgerinnungsstörung, etc.)

Wenn ja, welche?

3.1 _____

3.2 _____

3.3 _____

4. Sind Allergien (auch Medikamenten-Unverträglichkeiten) bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Sind Sie Raucher?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Pfeifen pro Tag? _____

Wenn Ex-Raucher, wie viel früher (bis vor ca. _____ Jahren _____ Stck./proTag)

6. Wichtig wegen evtl. Berufskrankheit:

Erlerner Beruf: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Familienanamnese

1. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung? Ja Nein
(z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs), wenn ja, welche Erkrankung? _____
2. Sind anderweitige chronische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja Nein
(z.B. Diabetes, Bluthochdruck), wenn ja, welche Erkrankung? _____

Patientenfragebogen (urologisch)

1. Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden? (Tag und Nacht) ca. _____ Liter
2. Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasser lassen? tagsüber __ mal, nachts __ mal
3. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein
4. Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? Ja Nein
5. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? Ja Nein
6. Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? Ja Nein
7. Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte ankreuzen)
- normal mäßig abgeschwächt stotternd
 tröpfchenweise muss pressen
8. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? Ja Nein
Wenn ja bei welcher Gelegenheit? (bitte ankreuzen)
- Schwer heben Sport Springen Husten o. Niesen Lachen
 Treppensteigen normal Laufen im Liegen
9. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? Ja Nein
10. Tragen Sie Einlagen? Ja Nein
Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag? ____ Stck., ggf. Bezeichnung _____
11. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? Ja Nein
12. Haben Sie Stuhl-Unregelmäßigkeiten? (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz) Ja Nein
13. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:

Datum, Unterschrift