

Dres. med. Axel Niemann • Hermann Pohlabein • Karl-Josef Winter • Gitta Nitsche  
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. Haben Sie Kinder geboren?  Ja  Nein  
Wenn ja wie viele? \_\_\_\_ Kinder / Spontangeburt oder Kaiserschnitt? \_\_\_\_\_

## 14. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:

---

---

---

Datum, Unterschrift