



Patientenfragebogen

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		Beruf:
Tel.:	Handy:	Email:
Hausarzt:		Krankenkasse:

*Bitte füllen Sie den Bogen **beidseitig** aus!*

Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
Sind Allergien/Medikamentenallergien bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
Sind Sie Raucher? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie viele am Tag?

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen?		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Niere-/Blase	<input type="checkbox"/> Gelenke-/Skelett	<input type="checkbox"/> Leber-/Galle
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Lunge-/Atemwege	<input type="checkbox"/> Magen-/Darm
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Endokrinologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Augen
Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?		

Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	welche? Wann?

Kommen Sie zur Vorsorge (Männer ab 45. Lebensjahr)?	Nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wann hatten Sie ihre letzte urologische/gynäkologische Vorsorge?		

Aus welchem Grund sind Sie heute hier? Welche Beschwerden haben Sie?



Fragebogen Urologie

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich? _____

Was trinken Sie am häufigsten? _____

Wie häufig gehen Sie tagsüber in etwa zum Wasserlassen (grob geschätzt): _____
(z.B. 4-6x)

Wie häufig müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen (grob geschätzt): _____
(z.B. 0-1x)

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten roten (blutigen) Urin? Ja Nein

Mussten Sie in den letzten 4 Wochen Pressen/sich anstrengen, um Wasser zu lassen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl, die Blase ist nach dem Wasserlassen
noch nicht ganz entleert? Ja Nein

Ist der Harnstrahl Ihrer Einschätzung nach

Kräftig etwas abgeschwächt schwach

Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt Urin verloren?

Nein

Ja, bei körperlicher Anstrengung (z.B. Husten, Niesen, Heben, Pressen, Aufstehen)

Ja, mit plötzlichem Harndrang, sodass ich nicht rechtzeitig eine Toilette aufsuchen konnte

Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? Nein Ja

Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostatakrebs, Darmkrebs)?

Nein Ja, welche? _____

Für Männer: kennen Sie Ihren letzten PSA-Wert (Krebsvorsorge- oder Nachsorge-Wert)?

Nein Ja, Wert: _____ im Monat _____ Jahr _____

*Sollten bei Ihnen Beschwerden im **sexuellen Bereich** bestehen, füllen Sie bitte die beiden beiliegenden Fragebögen aus.*

Hiermit bin ich mit der Verarbeitung meiner Daten laut DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) einverstanden. Siehe Aushang (gerne händigen wir Ihnen eine Kopie aus).

Datum, Unterschrift:

