

AUFNAHMEBOGEN



Dr. med. Hans-Georg Friederich
Dr. med. Andreas Schmidtman
Dr. med. Falk Zanker
Fachärzte für Urologie

PAT.-NR _____
NAME _____
TELEFON (TAGSÜBER) _____
TELEFON (MOBIL) _____
E-MAIL _____
HAUSARZT _____

HABEN SIE ZUR ZEIT UROLOGISCHE BESCHWERDEN? JA NEIN
WENN JA, SCHREIBEN SIE DIESE BITTE STICHWORTARTIG AUF.

MEDIKATION
NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN? JA NEIN
WENN JA, SCHREIBEN SIE BITTE DIE MEDIKAMENTE AUF.

ALLERGIEN
SIND SIE GEGEN MEDIKAMENTE ALLERGISCH? JA NEIN
WENN JA, SCHREIBEN SIE BITTE DIE MEDIKAMENTE AUF.

VORERKRANKUNGEN
SIND BEI IHNEN FOLGENDE PROBLEME ODER KRANKHEITEN BEKANNT?
BITTE ANKREUZEN:

UROLOGISCHE ERKRANKUNGEN (ggf. mit Anmerkungen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gutartige Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Hodenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Urinverlust |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Nieren-Harnleitersteine | <input type="checkbox"/> Nierenversagen |
| <input type="checkbox"/> Blasen-tumor | <input type="checkbox"/> Nierentumor | <input type="checkbox"/> Hodentumor |
| <input type="checkbox"/> Weitere urologische Erkrankungen: _____ | | |

SONSTIGE ERKRANKUNGEN (ggf. mit Anmerkungen)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Gicht _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung _____ | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung _____ | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkr. _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkr. _____ | <input type="checkbox"/> Lungenerkr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebererkr. _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. _____ | <input type="checkbox"/> Augenerkr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebserkr. _____ | <input type="checkbox"/> Knochenerkr. _____ | <input type="checkbox"/> Muskelerkr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologische Ekr. _____ | <input type="checkbox"/> Seelische Erkr. _____ | <input type="checkbox"/> HNO-Erkr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Nikotin (wieviel?) _____ | <input type="checkbox"/> Alkohol (wieviel?) _____ | <input type="checkbox"/> sonst. Drogen _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

OPERATIONEN

Welche Operationen wurden wann durchgeführt? _____

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und ermächtigen uns widerruflich, Arztberichte zu verschicken.

Datum _____

Unterschrift _____