

# AUFNAHMEBOGEN



Dr. med. Andreas Schmidtman  
Dr. med. Falk Zanker  
Frau An Zanker Wei  
Fachärzte für Urologie

PAT.-NR \_\_\_\_\_  
NAME \_\_\_\_\_  
GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_  
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"/> Blasentumor _____                       | <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 \_\_\_\_\_