



Nachname und Vorname:
 Geburtsdatum:
 Adresse:

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen bei uro-aid! „aid“ heißt im Englischen „helfen“, im Amerikanischen „Berater“. Um diese Aufgabe schnell und zu Ihrer Zufriedenheit lösen zu können, bitten wir Sie vorab um einige Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte, die in Ihrer elektronischen Karteikarte gespeichert werden, damit sich das ärztliche Gespräch ganz auf das Wesentliche konzentrieren kann. Bitte nehmen Sie sich die Zeit alles genau durchzulesen, zu beantworten und **leserlich** auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Körpergröße:	cm	Körpergewicht:	kg	Bauchumfang:	cm
2. unverträgliche Medikamente:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 3)				
<input type="radio"/> Kontrastmittel		<input type="radio"/> Jod			
<input type="radio"/> Antibiotika [<input type="radio"/> Cotrim(oxazol)/Sulfonamide, <input type="radio"/> Penizillin/Cephalosporine, <input type="radio"/> andere:]					
<input type="radio"/> andere:					
3. Allergien:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 4)				
<input type="radio"/> Heuschnupfen		<input type="radio"/> Hausstaubmilben	<input type="radio"/> Lactoseintoleranz		
<input type="radio"/> Pflaster		<input type="radio"/> Neurodermitis	<input type="radio"/> andere:		
<input type="radio"/> Allergieausweis liegt vor					
4. urologische Vorerkrankungen/Operationen (ggf. mit Jahresangabe):	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 5)				
5. gynäkologische Vorgeschichte (Geburten/Erkrankungen/Operationen) ggf. mit Jahresangabe:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 6)				
<input type="radio"/> Geburten:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Anzahl normale:	<input type="radio"/> Anzahl Kaiserschnitte :		
<input type="radio"/> Anzahl Fehlgeburten:					
<input type="radio"/> Menopause/Wechseljahre seit:					
<input type="radio"/> Entfernung der Gebärmutter: Jahr:	<input type="radio"/> über Bauchschnitt	<input type="radio"/> durch die Scheide			
<input type="radio"/> andere:					
6. andere Operationen (ggf. mit Jahresangabe):	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 7)				

7. sonstige (auch frühere) Krankheiten (ggf. mit Jahresangabe): <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung [<input type="checkbox"/> Unterfunktion, <input type="checkbox"/> Überfunktion] <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) seit <input type="checkbox"/> insulinpflchtig seit <input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck) seit	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 8)
8. Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> Mumps, Jahr: <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D Jahr: <input type="checkbox"/> HIV seit:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 9)
9. Behinderungen: <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit [<input type="checkbox"/> Hörgerät] <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Gehbehinderung, Art: <input type="checkbox"/> Lähmung, Art: <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 10) <input type="radio"/> Sprachstörung
10. Krebsleiden oder Nierenerkrankungen in der Familie (wer? was?):	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 11)
11. Einnahme von Gerinnungshemmern <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin: [<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> nur bei (Kopf-) Schmerzen] <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa) <input type="checkbox"/> Endoxaban (Lixiana)	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 12) <input type="radio"/> Heparin-Spritzen <input type="radio"/> Clopidogrel (Plavix, Iscover) <input type="radio"/> Rivaroxaban (Xarelto) <input type="radio"/> Ticlopidin (Tiklyd) <input type="radio"/> Apixaban (Eliquis)
12. Dauermedikamente Name, Dosis, ggf. Einnahme seit wann:	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 13) <input type="radio"/> nur Pille
<input type="radio"/> s. Medikamentenplan (bitte mit diesem Bogen abgeben)	
13. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> ja (wieviel am Tag: ___ /Tag; seit: ___) <input type="checkbox"/> Nichtraucher seit: ___, davor ___ Jahre geraucht, ___ Zigaretten/Tag	<input type="radio"/> nie (dann weiter mit Nr. 14)
14. Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> ja (Gläser pro Tag: [<input type="checkbox"/> Bier, <input type="checkbox"/> Wein] <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 15)
15. Besteht oder bestand eine Sucht/Abhängigkeit? <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, welche, ggf. bis wann)	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 16)
16. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> ja, seit: ___ <input type="checkbox"/> schwacher Strahl <input type="checkbox"/> Brennen/Schmerzen Wasserlassen tagsüber: ___ mal nachts: ___ mal Trinkmenge: ___ Liter/24 Stunden <input type="checkbox"/> andere Beschwerden:	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 17) <input type="radio"/> roter Urin/Blut im Urin
17. Haben Sie Probleme das Wasser zu halten? <input type="checkbox"/> ja, seit: ___ <input type="checkbox"/> mit Harndrang <input type="checkbox"/> beim Husten, Heben, Laufen, bei Belastung Verwenden Sie Inkontinenzhilfsmittel? <input type="checkbox"/> Slipseinlagen <input type="checkbox"/> Vorlagen/Binden <input type="checkbox"/> Windeln/Windelhosen <input type="checkbox"/> Wechsel: ___ mal tags und ___ mal nachts	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 18) <input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 18)
18. Augsburg, den	
Unterschrift: _____ (Patientin ggf. gesetzlicher Vertreter)	Erfassung _____ Scan _____
Nachname/Vorname und Geburtsdatum in Druckbuchstaben: _____	