

ANAMNESEBOGEN MÄNNER



Urologie
Ärztehaus im Diako



Nachname und Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Sehr geehrter Patient,

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"/> Pflaster	<input type="radio"/> Neurodermitis			<input type="radio"/> Lactoseintoleranz	
<input type="radio"/> Allergieausweis liegt vor					<input type="radio"/> andere:
4. urologische Vorerkrankungen/Operationen (ggf. mit Jahresangabe):					<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 5)
5. andere Operationen (ggf. mit Jahresangabe):					<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 6)
6. sonstige (auch frühere) Krankheiten (ggf. mit Jahresangabe):					<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 7)
<input type="radio"/> Glaukom (grüner Star)					
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung [<input type="radio"/> Unterfunktion, <input type="radio"/> Überfunktion]					
<input type="radio"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) seit					<input type="radio"/> insulinpflichtig seit
<input type="radio"/> arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck) seit					
7. Infektionskrankheiten:					<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 8)
<input type="radio"/> Mumps, Jahr:					
<input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> B / <input type="radio"/> C / <input type="radio"/> D Jahr:					<input type="radio"/> HIV seit:

8. 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. 9) <input type="radio"/> Sprachstörung
9. Krebsleiden oder Nierenerkrankungen in der Familie (wer? was?):	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 10)
10. 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"/> Ticlopidin (Tiklyd) <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa) <input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis) <input type="checkbox"/> Endoxaban (Lixiana)	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 11) <input type="radio"/> ... sitzen <input type="radio"/> Clopidogrel (Plavix, Iscover) <input type="radio"/> Rivaroxaban (Xarelto)
11. Dauermedikamente Name, Dosis, ggf. Einnahme seit wann: <input type="radio"/> s. Medikamentenplan (bitte mit diesem Bogen abgeben)	<input type="radio"/> keine (dann weiter mit Nr. 12)
12. 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. 13)
13. 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. 14)
14. Besteht oder bestand eine Sucht/Abhängigkeit? <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, welche, ggf. bis wann)	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 15)
15. 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
16. 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"/> Slipeinlagen <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. 17) <input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 18)
17. Haben Sie Problemen mit Ihrer Sexualfunktion? <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> Abnahme der Lust (Libido) <input type="checkbox"/> Probleme mit der Erektion (Gliedsteife, „Potenz“) <input type="checkbox"/> keine richtige Erektion <input type="checkbox"/> Erektion hält nicht durch <input type="checkbox"/> Verkehr nicht mehr möglich seit: <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Orgasmus /Samenerguss <input type="checkbox"/> kein Samenerguss <input type="checkbox"/> Samenerguss kommt zu spät <input type="checkbox"/> Samenerguss kommt zu früh	<input type="radio"/> nein (dann weiter mit Nr. 18)
18. Augsburg, den Unterschrift: (Patient ggf. gesetzlicher Vertreter) Erfassung Scan Nachname/Vorname und Geburtsdatum in Druckbuchstaben:	