



## Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient,  
die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus. Er unterstützt die Suche nach der Ursache Ihrer Krankheit und hilft, Zeit für eventuell notwendige Untersuchungen zu sparen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

### Persönliche Fragen

Name:

Vorname:

Straße + Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Mobilnummer:

Email:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

kg

Kontaktaufnahme per Email erlaubt:

Ja

Nein

### **Versicherung**

Meine Krankenversicherung:

gesetzlich

privat

**Bei Privatversicherten:**

Normaltarif

nur Basistarif

(Nachweis)

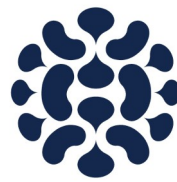
Name der privaten Versicherungsgesellschaft:

Hausarzt/überweisender Arzt:

### **Beruf/Lebenssituation**

Aktueller Beruf:

Beziehungsstatus/Familienstand:



## Gesundheitliche Fragen

### Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- (akute) Beschwerden/Erkrankung
- Vasektomiewunsch
- Hormoncheck
- Krebsvorsorgeuntersuchung
- Fruchtbarkeits-Untersuchung
- Erektile Dysfunktion

### Symptomabfrage (Checkliste)

- Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen
- Nierenschmerzen
- Juckreiz/Ausschlag im Genitalbereich
- nächtlicher Harndrang
- Inkontinenz/unwillkürlicher Urinverlust
- Nichts von diesen Symptomen, sondern:
- Sichtbares Blut im Urin
- Hodenschmerzen
- verengte/entzündete Vorhaut
- häufiger Harndrang (tagsüber)
- Erektionsstörungen/Libidoverlust

### Allgemeine Vorerkrankungen

- Diabetes mellitus
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- Hepatitis
- Krebs → Krebsart:
- Bluthochdruck
- Nierenerkrankungen
- HIV
- Schilddrüse

### Urologische Vorerkrankungen

- Nieren/Harnsteine
- Prostatabeschwerden/-vergrößerung
- Blasenentleerungsstörung
- Urologische Krebsart:
- Folgendes:
- Blasenentzündungen
- Geschlechtskrankheiten
- Blasensenkung

### Operationen/Koloskopie

Auflistung von Voroperationen (insb. Bauch- und Beckenraum) mit Jahreszahl:



**Wurde bei Ihnen jemals eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?**

- ja, zuletzt im Jahr:   nein

**Allergien**

- Medikamente, folgende:
- Kontrastmittel  Heuschnupfen/Hausstaub
- Lebensmittel, folgende:
- Sonstige:

**Medikamente und Genussmittel/Drogen**

- ich rauche  ich rauche nicht
- ich nehme Drogen, folgende:

- Ich nehme **keinerlei** Medikamente ein
- Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto)
- Ich nehme die folgenden Medikamente ein:

**!!! Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihren aktuellen Medikamentenplan und urologisch relevante Vorbefunde (Arztbriefe, Entlassungsbriefe aus Kliniken usw. mit, danke.**

**Familiäre Vorbelastung**

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Krankheiten aufgetreten?

- Nieren/Harnsteine  Krebs (Blut-, Prostata, Blasen-, Niere)
- Sonstige Erbkrankheiten, folgende:


**Nur für Frauen**

- Erkrankungen der Unterleibsorgane, folgende:
- Erkrankungen der Brüste, folgende:

**Geburten:**

- Nein  Ja, Anzahl:   mit Scheiden-/Dammriss bzw. -schnitt

Ort:  Datum:

 **X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift