

## Anamnesebogen für neue Patientinnen

Name :  Vorname :  Geburtsdatum

Tel. :  Hausarzt :

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Aktuellen Medikamentenplan bitte mitbringen)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? z.B. Blinddarmoperation – 1996.

2.1   
2.2

3. Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Gicht, Blutgerinnungsstörung)?  Ja  Nein

3.1   
3.2

4. Sind Allergien (gegen Medikamente) bekannt?  Ja  Nein

4.1

5. Sind Sie Raucherin?  Ja  Zig./Tag bis vor Jahren   Nein

6. Größe :  cm      Gewicht :  kg      Letzte 6 Monate Zunahme       Abnahme

7. Wichtig wegen evtl. Berufskrankheit:

Erlerner Beruf :  Ausgeübter Beruf :

Arbeitgeber :

### Familienanamnese:

8. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Brust- / Darmkrebs?)

ja welche Erkrankung?   Nein

### Patientenfragebogen (urologisch)

9. Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca.  Liter  
(Wasser, Saft, Tee, Bier, Kaffee → alles zusammen)

10. Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? tagsüber  mal, nachts?  mal

11. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?  Ja  Nein

## Anamnesebogen für neue Patientinnen

12. Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt?  Ja  Nein

13. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt?  Ja  Nein

14. Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen?  Ja  Nein

15. Wie ist Ihr Harnstrahl ?

**Normal**    **mäßig abgeschwächt**    **stotternd**    **tröpfchenweise**    **muss pressen**

16. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust?  Ja  Nein

Wenn ja bei welcher Gelegenheit?

**Schwer heben / Sport / Husten / Niesen / Lachen / normal Laufen / im Liegen**

17. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang?  Ja  Nein

18. Tragen Sie Inkontinenzvorlagen?  Nein

Ja    Wenn ja, wie viele benötigen Sie pro Tag?  Stck.

19. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl?  Ja  Nein

20. Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung)?  Ja  Nein

21. Menopause seit

22 Frauen im gebärfähigen Alter → letzte Periode

Schwanger ?  Ja    SSW

Nein

22. Letzte Vorstellung / Kontrolle gynäkologisch

23 sonstige Bemerkungen


**Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (Aushang Wartezimmer) gelesen und bin mit den darin angegebenen Informationen ausreichend informiert. Die in der Anamnese gemachten Angaben wurden nach bestem Wissen und vollständig erbracht.**

**Datum :**

**Unterschrift :**