

## Anamnesebogen für neue Patienten

**Name :**  **Vorname :**  **Geburtsdatum**

**Tel. :**  **Hausarzt :**

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein? ggf. Medikamentenplan

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"/>

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 Raucher?  Ja  Nein früher (bis vor ca.  Jahren  Stück/Tag)

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

7. Wichtig wegen evtl. Berufskrankheit:

Erlerner Beruf :  Ausgeübter Beruf :   
Arbeitgeber :

### Familienanamnese:

1. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata / Darmkrebs?)  
 ja welche Erkrankung?   Nein

### Patientenfragebogen (urologisch)

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

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

3. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?  Ja  Nein

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

5. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt?  Ja  Nein

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

7. Wie ist Ihr Harnstrahl ?

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

## Anamnesebogen für neue Patienten

8. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust?  Ja  Nein  
 Wenn ja bei welcher Gelegenheit?

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

9. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang?  Ja  Nein

10. Haben Sie Schwierigkeiten bei der **Erektion** ?  Ja  Nein  
 wenn Ja, seit wann ?

10a Besteht bei Ihnen ein vorzeitiger Samenerguß ?  Ja  Nein

11. Tragen Sie Vorlagen?  Ja  Nein  
 Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag?  Stck.

12. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl?  Ja  Nein

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

**14. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:**

**IPSS (ab 40 Jahre)**

**Alle Angaben beziehen sich auf die letzten letzten 4 Wochen**

	Nie	< 20%	< 50 %	50,00%	50%-75%	75 - 100 %
Wie oft hatten Sie das Gefühl dass die Blase nicht ganz entleert war ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites mal Wasser lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie einen schwachen Harnstrahl ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft mussten Sie Pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen (Anzahl)	0x <input type="checkbox"/>	1x <input type="checkbox"/>	2x <input type="checkbox"/>	3x <input type="checkbox"/>	4x <input type="checkbox"/>	5x <input type="checkbox"/>
<b>Summe</b>						

**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 :**