Drs. med. J.Stürner / S.Susic / F.Adams
Fachärzte für Urologie, Andrologie,
Medikamentöse Tumortherapie

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie uns bei der Behandlung Ihrer Erkrankung, indem Sie nachfolgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte und Ihren Beschwerden beantworten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:
Gewicht:
Beruf / früherer Beruf:
Hausarzt:
Ggf. Gynäkologe:
Telefonnummer (Pat.):
ggf. **Mobil-Nr.:**

Medikamente/Dosierung
-insbesondere b. Fettstoffwechselstörung-

Operationen:

Bisherige Erkrankungen (seit wann)

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Thrombose/Embolie
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzrhythmusstörung
- ☐ Lungenerkrankung
- ☐ Schlaganfall / Seite?
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Parkinson
- ☐ Rücken-/Gelenke
- ☐ Krebsleiden: …….
- ☐ Depression
- ☐ Magen/Darm
- ☐ Andere Erkrankungen:
- ☐ **UROGENITALE TUMORE IN DER FAMILIE**

☐ **Raucher** Zigaretten/Tag:

☐ **Nichtraucher** seit:

! Allergien !
-insbesondere Antibiotika/Medikamente-

Aktuelle urologische Beschwerden:

Urologische Fragen:

- Wie oft müssen Sie Wasserlassen?
  tags: nachts:
- Wie groß sind die Urinportionen?
  ☐ normal ☐ klein ☐ groß
- Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen leer ist?
  ☐ ja ☐ nein
- Können Sie den Harndrang unterdrücken?
  ☐ Ja ☐ nur kurz ☐ nein
- Verlieren Sie ungewollt Urin?
  ☐ Nein ☐ selten ☐ häufig ☐ bei starkem Harndrang ☐ bei Belastung
- Sind Sie mit dem Wasserlassen zufrieden?
  ☐ ja ☐ nein ☐ einigermaßen