



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.:**

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

Medikamente/Dosierung
-insbesondere b. Fettstoffwechselstörung-

Operationen:

Raucher

Zigaretten/Tag:

Nichtraucher

seit:

! Allergien !
-insbesondere Antibiotika/Medikamente-

Aktuelle urologische Beschwerden:

- Sind Sie mit dem Wasserlassen zufrieden?
 ja nein einigermaßen

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