



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:

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