



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

Nichtraucher

Zigaretten/Tag:

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