

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Sehr geehrte Patientin,

ein herzliches Willkommen im Urologikum Uelzen! Um Ihnen effizient und zu Ihrer vollsten Zufriedenheit helfen zu können, benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Diese Angaben werden in Ihrer elektronischen Patientenakte vermerkt, sodass wir das ärztliche Gespräch auf die wesentlichen Punkte konzentrieren können. Bitte nehmen Sie sich die nötige Zeit, um alle Fragen sorgfältig durchzulesen, zu beantworten und leserlich auszufüllen.

1. **Körpergröße:** _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg **Bauchumfang:** _____ cm
2. **unverträgliche Medikamente:** keine (dann weiter mit Nr. 3)
 Kontrastmittel Jod andere: _____
 Antibiotika [Cotrim(oxazol)/Sulfonamide, Penizillin/Cephalosporine, andere: _____]
3. **Allergien:** keine (dann weiter mit Nr. 4)
 Heuschnupfen Hausstaubmilben Lactoseintoleranz Pflaster Neurodermitis
 Allergieausweis liegt vor andere: _____
4. **urologische Vorerkrankungen/Operationen** (ggf. mit Jahresangabe): keine (dann weiter mit Nr. 5)
5. **gynäkologische Vorgeschichte (Geburten/Erkrankungen/Operationen)** (ggf. mit Jahresangabe): keine (dann weiter mit Nr. 6)
 Geburten: _____ keine Anzahl normale: _____ Anzahl Kaiserschnitte: _____
 Anzahl Fehlgeburten: _____
 Menopause/Wechseljahre seit: _____
 Entfernung der Gebärmutter: Jahr: _____ über Bauchschnitt durch die Scheide
 andere: _____
6. **andere Operationen** (ggf. mit Jahresangabe): keine (dann weiter mit Nr. 7)
7. **sonstige (auch frühere) Krankheiten** (ggf. mit Jahresangabe): keine (dann weiter mit Nr. 8)
 Glaukom (grüner Star) Schilddrüsenerkrankung [Unterfunktion, Überfunktion]
 Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) seit _____ insulinpflichtig seit _____ arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck) seit _____
8. **Infektionskrankheiten:** keine (dann weiter mit Nr. 9)
 Mumps, Jahr: _____
 Hepatitis B / C / D Jahr: _____ HIV seit: _____
9. **Behinderungen:** keine (dann weiter mit Nr. 10)
 Blindheit Schwerhörigkeit [Hörgerät] Taubheit Sprachstörung
 Gehbehinderung, Art: _____ Lähmung, Art: _____ sonstige: _____

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

10. Krebsleiden oder Nierenerkrankungen in der Familie (wer? was?): **keine** (dann weiter mit Nr. 11)

11. Einnahme von Gerinnungshemmern

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin: [<input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> nur bei (Kopf-) Schmerzen] | <input type="checkbox"/> keine (dann weiter mit Nr. 12) |
| <input type="checkbox"/> Ticlopidin (Tiklyd) | <input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix, Iscover) | <input type="checkbox"/> Heparin-Spritzen <input type="checkbox"/> Marcumar |
| <input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis) | <input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) | <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa) |
| | | <input type="checkbox"/> Endoxaban (Lixiana) |

12. Dauermedikamente

Name, Dosis, ggf. Einnahme seit wann: **keine** (dann weiter mit Nr. 13)

nur Pille

s. Medikamentenplan (bitte mit diesem Bogen abgeben)

13. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

nie (dann weiter mit Nr. 14)

- ja (wieviel am Tag: _____/Tag; seit: _____)
- Nichtraucher seit: _____, davor Jahre geraucht _____, Zigaretten/Tag _____

14. Trinken Sie Alkohol?

nein (dann weiter mit Nr. 15)

- ja (Gläser pro Tag: [Bier, Wein] gelegentlich

15. Besteht oder bestand eine Sucht/Abhängigkeit?

nein (dann weiter mit Nr. 16)

- ja (wenn ja, welche, ggf. bis wann)

16. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen

nein (dann weiter mit Nr. 17)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, seit: | <input type="checkbox"/> schwacher Strahl | <input type="checkbox"/> Brennen/Schmerzen | <input type="checkbox"/> roter Urin/Blut im Urin |
| Wasserlassen tagsüber : _____ mal | nachts: _____ mal | Trinkmenge: _____ Liter/24 Stunden | |
| <input type="checkbox"/> andere Beschwerden: _____ | | | |

17. Haben Sie Probleme das Wasser zu halten?

nein (dann weiter mit Nr. 18)

- ja, seit: mit Harndrang beim Husten, Heben, Laufen, bei Belastung

Verwenden Sie Inkontinenzhilfsmittel?

nein (dann weiter mit Nr. 18)

- Slipeinlagen Vorlagen/Binden Windeln/Windelhosen
- Wechsel: _____ mal tags und _____ mal nachts

18. Uelzen, den

Unterschrift: _____ (Patientin ggf. gesetzlicher Vertreter) Erfassung Scan