

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Sehr geehrter Patient,

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. **andere Operationen (ggf. mit Jahresangabe):** keine (dann weiter mit Nr. 6)
6. **sonstige (auch frühere) Krankheiten (ggf. mit Jahresangabe):** keine (dann weiter mit Nr. 7)
 Glaukom (grüner Star) Schilddrüsenerkrankung [Unterfunktion, Überfunktion]
 Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) seit _____ insulinpflichtig seit _____ arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck) seit _____
7. **Infektionskrankheiten:** keine (dann weiter mit Nr. 8)
 Mumps, Jahr: _____
 Hepatitis B / C / D Jahr: _____ HIV seit: _____
8. **Behinderungen:** keine (dann weiter mit Nr. 9)
 Blindheit Schwerhörigkeit [Hörgerät] Taubheit Sprachstörung
 Gehbehinderung, Art: _____ Lähmung, Art: _____ sonstige: _____
9. **Krebsleiden oder Nierenerkrankungen in der Familie (wer? was?):** keine (dann weiter mit Nr. 10)

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

10. 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. 11) |
| <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) |

11. Dauermedikamente

Name, Dosis, ggf. Einnahme seit wann:

- keine** (dann weiter mit Nr. 12)
 nur Pille

s. Medikamentenplan (bitte mit diesem Bogen abgeben)

12. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

- ja (wieviel am Tag: _____/Tag; seit: _____)
 Nichtraucher seit: _____, davor Jahre geraucht _____, Zigaretten/Tag _____
- nie** (dann weiter mit Nr. 13)

13. Trinken Sie Alkohol?

- ja (Gläser pro Tag: [Bier, Wein] gelegentlich
- nein** (dann weiter mit Nr. 14)

14. Besteht oder bestand eine Sucht/Abhängigkeit?

- ja (wenn ja, welche, ggf. bis wann)
- nein** (dann weiter mit Nr. 15)

15. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen

- ja, seit: schwacher Strahl Brennen/Schmerzen roter Urin/Blut im Urin
Wasserlassen tagsüber : _____ mal nachts: _____ mal Trinkmenge: _____ Liter/24 Stunden
- andere Beschwerden: _____
- nein** (dann weiter mit Nr. 16)

16. Haben Sie Probleme das Wasser zu halten?

- 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

17. Haben Sie Problemen mit Ihrer Sexualfunktion?

- ja, seit:
- Abnahme der **Lust** (Libido)
- Probleme mit der **Erektion** (Gliedsteife, „Potenz“)
- keine richtige Erektion Erektion hält nicht durch Verkehr nicht mehr möglich seit:
- Probleme mit dem **Orgasmus**/Samenerguss
- kein Samenerguss Samenerguss kommt zu spät Samenerguss kommt zu früh
- keine** (dann weiter mit Nr. 18)

18. Uelzen, den

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