Patienten Anamnese-Bogen

UROLOGE
Dr. Rauchberger

1. Name des Hausarztes:

.....

2. Patient

Männlich/Weiblich/Divers: ..... Wohnadresse: .....

Titel: ....

Vorname: ..... Tel. Privat: .....

Nachname: ..... E-Mail: .....

Krankenkasse: ..... Arbeitgeber: .....

Sozialvers. Nr.: ..... Beruf: .....

Zusatzversicherung ☐

Versicherungsgesellschaft: .....

3. Grund des Ordinationsbesuchs / aktuelle Beschwerden:

.....

.....

.....

Dauer der Beschwerden / letzte Kontrolle:

.....

Urologische Vor-Erkrankungen / Operationen:

.....

.....

.....

4. Bitte kreuzen Sie jene Medikamente an, auf die Sie **allergisch** reagieren!

Penicillin ☐ Aspirin / Paracetamol ☐

Andere Medikamente / Antibiotika:

.....

UROLOGE
Dr. Rauchberger

5. Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen? Welche?

	JA	NEIN
> Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐	☐
> Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzfehler, Klappenersatz, Herzinfarkt ...)	☐	☐
> Gerinnungsstörungen / Bluterkrankheit	☐	☐
> Nieren- oder Lebererkrankungen	☐	☐
> Magen- und Darmerkrankungen	☐	☐
> Diabetes mellitus	☐	☐
> Hepatitis	☐	☐
> Tuberkulose (Tbc)	☐	☐
> HIV (Aids)	☐	☐
> Schlaganfall (Insult, TIA)	☐	☐
> Strahlen- oder Chemotherapie	☐	☐
> Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
> Nikotin? Zigaretten / Tag:	☐	☐
> Alkohol? Menge / Tag:	☐	☐

> sonstige Erkrankungen / Operationen:

.....

.....

.....

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

> Orale Blutverdünnung (z.B. Thrombo ASS, Marcoumar, Xarelto, Pradaxa, Lixiana, Clopidogrel):

.....

> Weitere Medikamente:

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich, dass der Anamnese-Bogen richtig und vollständig ausgefüllt wurde.

....

Datum **Bitte um Unterschrift!**