

1. Name des Hausarztes:

2. Patient

Männlich/Weiblich: _____ Wohnadresse: _____

Titel: _____

Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Nachname: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

Sozialvers. Nr.: _____ Beruf: _____

Zusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

3. Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Männlich/Weiblich: _____ Wohnadresse: _____

Titel: _____

Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Nachname: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

Sozialvers. Nr.: _____ Beruf: _____

4. Grund des Ordinationsbesuchs/ aktuelle urologische Beschwerden:

Dauer der Beschwerden/ letzte Kontrolle:

Urologische Vor- Erkrankungen:

Urologische Vor- Operationen:

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

Penicillin

Aspirin/ Paracetamol

Latex

Andere Medikamente/ Antibiotika auf die Sie allergisch reagieren:

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

JA NEIN

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| > Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzfehler, Klappenersatz...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Gerinnungsstörungen/ Bluterkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Nieren- oder Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Magen- und Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Strahlen- oder Chemotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Nikotin? Zigaretten / Tag: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Alkohol? Menge / Tag: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > sonstige Erkrankungen: | | |
| > Operationen: | | |

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

> Orale Blutverdünnung (z.B. Thrombo ASS):

> Weitere Medikamente:

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

Datum:

Unterschrift: