

Patientenfragebogen - Dr. med. Reinhold Will, Urologe und Androloge

Allgemeines:

NAME: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein? Legen Sie ggf. einen gesonderten Medikamentenplan bei

Medikamenten-Name	Dosierung früh	Dosierung mittags	Dosierung abends	Dosierung nacht

2. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Bitte geben Sie wenn möglich die Jahreszahl an z.B. Blinddarmoperation – 1996.

2.1 _____ (Jahr: _____)

2.2 _____ (Jahr: _____)

2.3 _____ (Jahr: _____)

2.4 _____ (Jahr: _____)

3. Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Zuckererkrankung, Bluthochdruck, Gicht, Nierensteinleiden, Blutgerinnungsstörung)? NEIN JA
Wenn ja – welche?

3.1 _____

3.2 _____

3.3 _____

4. Sind Allergien (auch Medikamenten-Unverträglichkeiten) bekannt? NEIN JA

5. Sind Sie Raucher? NEIN JA früher (bis vor ca. _____ Jahren ___ Stck/Tag)
Wenn ja – wie viel Zigaretten pro Tag? _____ Pfeife pro Tag? _____

6. Wichtig wegen evtl. Berufskrankheit:

Erlerner Beruf: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Familienanamnese:

1. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs)? NEIN JA
wenn ja welche Erkrankung? _____
2. Sind anderweitige chronische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt (z.B. Diabetes, Bluthochdruck?) NEIN JA
wenn ja welche Erkrankung? _____

Patientenfragebogen (urologisch)

1. Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca. _____ Liter
2. Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? tagsüber _____ mal, nachts? _____ mal
3. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? NEIN JA
4. Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? NEIN JA
5. Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? NEIN JA
6. Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? NEIN JA
7. Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte unterstreichen):
normal / mäßig abgeschwächt / stotternd / tröpfchenweise / muss pressen
8. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? NEIN JA

Wenn ja bei welcher Gelegenheit? (bitte unterstreichen)

**Schwer heben / Sport / Springen / Husten o. Niesen / Lachen /
Treppensteigen / normal Laufen / im Liegen**

9. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? NEIN JA
10. Tragen Sie Einlagen? NEIN JA

Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag? _____ Stck.
ggf. Bezeichnung _____

11. Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? NEIN JA
12. Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)? NEIN JA

13. **Sonstige Angaben oder Ergänzungen:**
