



**Grund des Arztbesuches:** \_\_\_\_\_

**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 nachts

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:

Erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_



**Familienanamnese:**

1. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs, Brustkrebs)?  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. Für Männer: Bestehen Probleme mit der Gliedsteifigkeit?  NEIN  JA

12. Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)?  NEIN  JA

**13. Sonstige Angaben oder Ergänzungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. Wie haben Sie zu uns gefunden?**

Hausarzt  Jameda  Doctolib  Google  WerKenntdieBesten.de  Freunde/Bekannte

Andere: \_\_\_\_\_

U UROLOGIE  
&you BOCHUM



U&YOU · UROLOGIE BOCHUM  
MAXIMILIAN FRITZLAR UND KOLLEGEN  
FACHÄRZTE FÜR UROLOGIE

BOCHUM-WEITMAR  
HÄTINGER STR. 353B  
44795 BOCHUM-WEITMAR  
T 0234 52861870 · F 0234 52861879  
BOCHUMWEITMAR@UANDYOU.DE

BOCHUM-STADTPARK  
BERGSTR. 25  
44791 BOCHUM-STADTPARK  
T 0234 60798 · F 0234 60799  
BOCHUMSTADTPARK@UANDYOU.DE

BOCHUM-STIEPEL  
KEMNADER STR. 330  
44797 BOCHUM-STIEPEL  
T 0234 52861876 · F 0234 52861877  
BOCHUMSTIEPEL@UANDYOU.DE