

# Anamnesebogen

Tatiana Zabel  
Urologische Facharztpraxis  
Bahnhofstrasse 3  
95119 Naila

Name:.....Vorname:.....

Geb.-Datum:.....

Hausarzt:.....

## Herzlich willkommen in der Urologischen Praxis Tatiana Zabel

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken.

Wir möchten Sie vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

### Aus welchem Grund sind Sie heute bei uns?

Zurzeit bin ich beschwerdefrei

ja

nein

Aktuelle Beschwerden:

.....  
.....  
.....

### Rauchen Sie?

ja

nein

nicht mehr, ich habe aufgehört seit \_\_\_\_ .....

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja, welche:

nein

Medikamentenname:	Einnahme:

### Allergien (Medikamentenunverträglichkeiten?)

ja

nein

Wenn ja, welche

**Haben (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?**

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Diabetes (Zuckererkrankung).....         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzbeschwerden / Herzinfarkt.....       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung.....              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hypertonus (Bluthochdruck).....          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Thrombosen / Embolien.....               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rücken- oder Bandscheibenerkrankung..... | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

**O Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?**

Wenn ja, wann und wo und mit welchem Ergebnis:

.....

**O Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?**

**Mit welchem Ergebnis?**

.....

**O Familienvorgeschichte**

Ist eine Erkrankung an Krebs in Ihrer Familie bekannt? ( Mutter , Vater ...)

Wenn ja, wer und welche Art? .....

**O Zu welchem urologischen Themenbereich möchten Sie beraten / behandelt werden?**

- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchung des Mannes / Frau
- Potenzminderung
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Samenleiterdurchtrennung (Sterilitätsoperation)
- Inkontinenz
- Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)
- Nierenerkrankung / Steinleiden
- UBC / Blasenkrebsfrüherkennung im Urin
- Stuhlprobe ( ScheBo)
- andere:.....

**O Dürfen wir Ihre Befunde an den Hausarzt oder Überweisungsarzt weitergeben?**

ja

nein

**O Ich erkläre mich mit der Verarbeitung der eingegebenen Daten sowie der Datenschutzerklärung einverstanden. (Pflichtfeld)**

Datum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihr Praxisteam der Urologie Zabel