

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte helfen Sie uns bei der Behandlung Ihrer Erkrankung, indem Sie nachfolgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte und Ihren Beschwerden beantworten.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Größe: _____
Gewicht: _____
Beruf / früherer Beruf: _____
Hausarzt: _____
E-Mail: _____
Telefonnummer (Pat.): _____
Mobil-Nr.: _____

Bisherige Erkrankungen

- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit
- Thrombose, wann? _____
- Embolie, wann? _____
- Herzinfarkt, wann? _____
- Herzrhythmusstörung
- Lungenerkrankung, welche? _____
- Schlaganfall / Seite?, wann? _____
- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Rücken-/Gelenke
- Krebsleiden, welches? _____
- Depression
- Magen/Darm, welche? _____
- Andere Erkrankungen: _____

Medikamente/Dosierung

Operationen:

Raucher

Nichtraucher

Zigaretten/Tag:

seit:

Allergien

Aktuelle urologische Beschwerden:

Urologische Fragen:

• Wie ist der Harnstrahl?
 schwach normal kräftig

• Haben Sie häufig Harndrang?
 Ja Nein

• Wie häufig gehen Sie zur Toilette?
tagsüber: _____ nachts: _____

• Verlieren Sie ungewollt Urin?
Bei Belastung? Ja Nein oder
wenn Sie nicht schnell genug zur Toilette kommen?
 Ja Nein

Wieviel trinken Sie durchschnittlich pro Tag:
..... ml (incl. Kaffee bzw. Tee)