



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:

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: _____

Urologische Fragen:

• Wie ist der Harnstrahl?

☐ schwach ☐ normal ☐ kräftig

• Haben Sie häufig Harndrang?

☐ Ja ☐ Nein

• Wie häufig gehen Sie zur Toilette?

tagsüber:

nachts:

Medikamente/Dosierung

Operationen:

☐ **Raucher**

☐ **Nichtraucher**

Zigaretten/Tag:

seit:

Allergien

Aktuelle urologische Beschwerden:

• 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)