

Anamnesebogen

Herzlich willkommen im Urologischen MVZ

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Dies erleichtert unser anschließendes Gespräch. Ihre Angaben sind freiwillig.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon-Nr. _____

Hausarzt _____

Urologe (falls vorhanden) _____

Gynäkologe (falls vorhanden) _____

Haben Sie Allergien? _____ ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wogegen? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?
(z. B. Marcumar, Aspirin, ASS, Plavix, Xarelto...) _____ ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Diabetes-Medikamente ein?
(z. B. Metformin, Glibenclamid, Insulin...) _____ ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente ein?
(z. B. L-Thyroxin, Euthyrox, Carbimazol, Jod...) _____ ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? _____ ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? _____ ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und wann (Jahreszahl)? _____

Haben (oder hatten) Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes _____ ☐ ja ☐ nein
 Herzbeschwerden/Herzinfarkt _____ ☐ ja ☐ nein
 Magenbeschwerden _____ ☐ ja ☐ nein
 Schilddrüsenerkrankungen _____ ☐ ja ☐ nein
 Bluthochdruck _____ ☐ ja ☐ nein
 Thrombosen oder Embolien _____ ☐ ja ☐ nein
 Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen _____ ☐ ja ☐ nein
 Nieren-/Harnleitersteine _____ ☐ ja ☐ nein
 Krebserkrankungen _____ ☐ ja ☐ nein

Sind in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten? _____ ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? _____ ☐ ja ☐ nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- ☐ Empfehlung durch _____
☐ Telefonbuch ☐ Internet ☐ stationärer Aufenthalt im Marien-Hospital

Die Praxis darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____

Datum _____	Unterschrift _____
-------------	--------------------