

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