

Anamnese

Name..... Vorname..... geb.am:.....

Telefon ☎..... eMail @.....

*Bitte füllen Sie den Bogen **beidseitig** aus!*

chronische Erkrankungen	nein	ja	
Schwerbeschädigtenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stufe..... Buchstabe..... %.....
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tablettspflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> diätetisch
Herz- / Kreislauf (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Krebserkrankung (z.B. Prostatakrebes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Blutgerinnungs- / Durchblutungsstörung (z. B. Hämophilie, Thrombose, Gefäßverkalkung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Nieren- / Blase (z.B. Steinerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Leber- / Galle (z.B. Hepatitis, Gallensteine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Magen- / Darm (z.B. Darmpolypen, Magengeschwür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Lunge- / Atemwege (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Augen (z.B. Grauer / Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
Gelenke- / Skelett (z.B. Arthrose, Rheuma, LWS/BWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
psychische Erkrankungen (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
endokrinologische Erkrankungen (z.B. Schilddrüse, Hormonstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:

Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→ Bitte <u>alle</u> angeben

Sind **Medikamentenallergien** bekannt?

nein ja

→ welche:

Wurden bei Ihnen schon **Operationen** durchgeführt?

nein ja

→ **Bitte alle angeben**

Rauchen Sie?

nein ja

→ Wie viele am Tag?

Wie viel **Flüssigkeit** nehmen Sie am Tag zu sich?

Was trinken Sie am häufigsten?

Wie viele **Schwangerschaften** hatten Sie?

Gab es Komplikationen?

nein ja

→ welche:

Aus welchem **Grund** sind Sie heute hier? Welche **Beschwerden** haben Sie?

Kommen Sie zur **Vorsorge** (Männer ab 45. Lebensjahr)?

nein ja

Wann hatten Sie Ihre **letzte** urologische / gynäkologische Vorsorge?