



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung bitten Sie darum folgende Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Die Anamnese ist ein wichtiger und zuverlässiger Weg zu Ihrer Diagnose.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Hausarzt: _____

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **Ja | Nein**
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie gegebenenfalls einen Medikamentenplan? **Ja | Nein**
2. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt (z. B. Blinddarmoperation, Kaiserschnitt, etc.)?
_____ Jahr _____ Jahr _____
_____ Jahr _____ Jahr _____
3. Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z. B. Diabetes, Bluthochdruck)?
Wenn ja, welche? _____
4. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? **Ja | Nein**
Wenn ja, welche? _____
5. Sind Sie Raucher? **Ja | Nein**
Wenn ja, wie viele/wie lange? _____ nein, wie lange? _____
6. Wurde bei Ihnen schon mal eine Prostatakrebsfrüherkennung gemacht? **Ja | Nein**
7. Haben Sie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z. B. Prostatakrebs)? **Ja | Nein**
Wenn ja, welche? _____
8. Wie oft müssen Sie Wasser lassen? am Tag: _____ in der Nacht: _____
9. Wie ist Ihr Harnstrahl?
normal mäßig abgeschwächt stotternd tröpfchenweise ich muss pressen
10. Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? **Ja | Nein**
11. Leiden Sie vermehrt an Harnwegsinfektionen? **Ja | Nein**
Wenn ja, wie häufig im Jahr? _____
12. Haben Sie sichtbares Blut im Urin bemerkt? **Ja | Nein**
Wenn ja, wann und wie oft? _____
13. Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? **Ja | Nein**
Beim Schwer heben Sport Springen Treppensteigen Husten Niesen im Liegen
14. Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? **Ja | Nein**
15. Haben Sie entbunden? **Ja | Nein**
16. Der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____