



Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer urologischen Praxis.

Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Behandlung individuell auf Sie abzustimmen. Bitte nehmen Sie sich hierfür einige Minuten Zeit. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon-Nr.	
E-Mail	
Hausarzt	

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.		

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z. B. Marcumar, Aspirin/ASS, Iscover, Plavix o.ä.)	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein.		

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Art der Operationen und die Jahreszahl ein.		



Sind in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten?	O Ja	O Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Krebserkrankung ein.		

Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?	O Ja	O Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Jahreszahl ein.		

Wurde bei Ihnen jemals ein Test auf Blut im Stuhl durchgeführt (z.B. Haemocult)?	O Ja	O Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Jahreszahl ein.		

Wurde bei Ihnen jemals eine Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader durchgeführt (Bauchaortenaneurysma-Screening)?	O Ja	O Nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die Jahreszahl ein.		

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?	
☐	Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
☐	Herzbeschwerden / Herzinfarkt
☐	Magenbeschwerden (Sodbrennen, Magengeschwüre)
☐	Schilddrüsenerkrankungen
☐	Hypertonie (Bluthochdruck)
☐	Thrombosen oder Embolien
☐	Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen

Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?	O Ja, ____ Zig./Tag	O Nicht mehr, seit ____	O Nein
--	---------------------	-------------------------	--------

Für Frauen: Sind Sie schwanger?	O Ja	O Nein	O Verdacht
---------------------------------	------	--------	------------