

ANAMNESEBOGEN

1.) Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns? (in Stichworten)

2.) Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Falls ja:

Schmerzen gesteigerter Harndrängen Blasenschwäche
 Blut im Urin abgeschwächter Harnstrahl

3.) Dauer der Beschwerden: seit:

Wie häufig müssen Sie Ihre Blase entleeren?

Tagsüber ca. mal nachts ca. mal

	JA	NEIN
4.) Hatten Sie früher oder haben Sie derzeitige Nierenerkrankungen? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Hatten Sie frühere Unterleibserkrankungen? Falls Ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Bestand oder besteht bei Ihnen eine		
• Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rückenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Hatten Sie irgendwelche Operationen/Bestrahlungen/Chemotherapien? Falls Ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Leiden Sie an der Zuckerkrankheit (Diabetis mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Leiden Sie an Erektionsstörungen/sexuelle Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Vermuten Sie Probleme mit den männlichen Wechseljahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Leiden Sie an Allergien? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Nehmen Sie Dauermedikamente ein? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Datum

.....
Name / Vorname (bitte in Druckschrift)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!