

Krankheitsvorgeschichte (Anamnese) – Frauen©

Name der Patientin: _____ **Patienten-Nr.:** _____

Vorname: _____ Datum: _____

Ihre Festnetz- oder Mobiltelefon-Nr.: _____, Name Hausarzt/ -ärztin: _____

Ihre Email-Adresse: _____

Bekannte Erkrankungen/Vorerkrankungen? (z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzrhythmusstörungen, Tumor-, Krebserkrankung, Nieren-, Harnsteinleiden, Rheuma, Infektionskrankheiten - HIV, Hepatitis)

Nein , Ja , welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Metformin, Insulin)

Nein , Ja , welche:

Hatten Sie früher Operationen, Chemotherapie oder Bestrahlungsbehandlungen?

Nein , Ja , welche:

Liegen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten vor?

Nein , Ja , gegen:

Geht es bei Ihrem Besuch um: Blasen-, Harnwegsinfektion, Blasenschwäche, Harnsteinleiden?

Nein , Ja ,

Rauchen Sie? Nein , Ja , - wie viel am Tag? _____

Wie oft gehen Sie am Tag zum Wasserlassen?: _____

Besteht nach dem Wasserlassen ein Restharngefühl? Nein, Ja,

Haben Sie das Gefühl wie „schneidendes Wasser“, Brennen, Schmerzen beim Wasserlassen? Nein, Ja,

Haben Sie sichtbares Blut im Urin? Nein , Ja ,

Verlieren Sie unfreiwillig Wasser? Nein , Ja ,

Benötigen Sie Slipeinlagen, Vorlagen? Nein , Ja , – wie viele am Tag? _____

Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie am Tag?: _____