

Krankheitsvorgeschichte (Anamnese) – Männer©

Name des Patienten: _____ **Patienten-Nr.:** _____

Vorname: _____ Datum: _____

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

Ihre Email-Adresse: _____

Bekannte Erkrankungen/Vorerkrankungen? (z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Tumor-, Krebserkrankung, 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: Zeugungsfähigkeit, Sexual-, Erektionsstörungen, operativer Eingriff (z.B. Sterilisation, Beschneidung)?

Nein , Ja

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

Müssen Sie nachts öfter Wasserlassen? Nein , Ja , wie oft?: _____

Wie oft gehen Sie am Tag zum Wasserlassen?: _____

Ist der Harnstrahl schwächer als früher? Nein , Ja ,

Besteht nach dem Wasserlassen ein Restharngefühl? Nein , Ja ,

Verlieren Sie unfreiwillig Wasser? Nein , Ja ,

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

Haben Sie sichtbares Blut im Urin oder auf dem Stuhlgang? Nein , Ja ,

Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie am Tag?: _____