



Fragebogen für die urologische Untersuchung



Patient: Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Kontakt E-Mail / Telefon: _____
Adresse: _____

Hausarzt: _____

Fragen:

1. Haben Sie Beschwerden (Probleme)? Wenn ja: welche Beschwerden? Seit wann?

- | 2. Haben Sie andere Krankheiten? | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Allergie
Gegen was: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Zucker-Krankheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Blutdruck zu hoch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Herz-Probleme:
Herz-Schwäche (Herz-Insuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zu enge Herz-Gefäße (koronare Herz-Krankheit, KHK) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt (Wann? _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stent im Herz (Wann? _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rhythmus-Störungen / Vorhof-Flimmern (VHF) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herz-Schrittmacher (Defibrillator) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Probleme mit Herz-Klappen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Nieren-Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lungen-Probleme (z.B. Asthma, COPD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Leber-Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Schilddrüsen-Probleme (Überfunktion, Unterfunktion) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Probleme mit Gehirn oder Nervensystem:
Schlaganfall (Wann? _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Demenz, Alzheimer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Parkinson | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Multiple Sklerose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Probleme mit der Psyche (z.B. Depression, Schizophrenie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein |
| - Infektions-Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Krebs (Wo? _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Anderes (Was? _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein
- Trinken Sie oft Alkohol? Ja Nein
- Nehmen Sie Drogen? Ja Nein
- Arbeiten Sie mit Krebs erregenden Stoffen (Lacke, Lösungsmittel,...) Ja Nein

4. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja: welche?

Name (zum Beispiel: ASS)	Dosis (zum Beispiel: 100mg)	Wann und wie viel (zum Beispiel: 1-0-0 oder 1 Tablette morgens)

5. Nehmen Sie frei verkäufliche Medikamente ein? Nehmen Sie Mittel zum Abnehmen oder Mittel zum Muskel-Aufbau ein? Wenn ja: welche?

Name	Dosis	Wann und wie viel

6. Hatten Sie eine Operation?

Wenn ja: was ist operiert worden? Wann war die Operation?

Was wurde operiert?	Wann?



7. Gibt es noch etwas, das Sie mit dem Arzt oder der Ärztin besprechen wollen?
Zum Beispiel: Krebs-Vorsorge oder Fruchtbarkeit oder Infektions-Krankheiten?

Wenn ja: was? _____

Warum will der Arzt so viel über mich wissen?

Damit er die richtige Diagnose stellen kann. Nur dann kann er eine Behandlung finden, die Ihnen hilft und nicht schadet.

Manche Krankheiten, zum Beispiel: Multiple Sklerose, können urologische Probleme verursachen.

Manche Medikamente darf der Arzt nicht verschreiben, wenn der Patient eine Allergie oder andere Krankheiten hat. Zum Beispiel: manche Medikamente für die Blase können den Druck im Auge erhöhen. Diese Medikamente darf der Arzt nicht verschreiben, wenn der Patient eine Augen-Erkrankung (grüner Star) hat.

Bei Problemen mit den Nieren oder mit der Leber muss manchmal die Dosis der Medikamente verändert werden.

Rauchen kann verschiedene Krebs-Arten verursachen, zum Beispiel Blasen-Krebs oder Nieren-Krebs.

Manche Mittel können urologische Probleme verursachen, zum Beispiel: Mittel zum Muskel-Aufbau, die Testosteron enthalten.

Gibt der Arzt diese Informationen weiter?

Der Arzt darf nur dann Informationen weitergeben, wenn Sie es wollen. Und nur an die Personen, für die Sie es erlauben.

Manchmal ist es sinnvoll, Informationen weiter zu geben, zum Beispiel an den Hausarzt oder an bestimmte Familien-Mitglieder.

An wen dürfen wir Informationen über Sie weiter geben?

Name, Vorname	Wer ist das? (Arzt / Familie)

