



AUFNAHMEBOGEN Neupatient

NAME _____
TELEFON _____
E-MAIL _____
HAUSARZT _____
VERSICHERT BEI _____

HABEN SIE AKTUELL UROLOGISCHE BESCHWERDEN? JA NEIN
WENN JA, SCHREIBEN SIE DIESE BITTE *STICHWORTARTIG* AUF.

MEDIKATION

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? JA NEIN
WENN JA, WELCHE?

ALLERGIEN

SIND ALLERGIEN BEKANNT? JA NEIN
WENN JA, WELCHE?

VORERKRANKUNGEN

SIND BEI IHNEN FOLGENDE PROBLEME ODER KRANKHEITEN BEKANNT?
BITTE ANKREUZEN:

UROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung | <input type="checkbox"/> Harnsteine | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen |
| <input type="checkbox"/> Blasenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Hodenerkrankung | <input type="checkbox"/> Haminkontinenz | |

BITTE WENDEN !



SONSTIGE ERKRANKUNGEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung _____ | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf _____ | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkr. _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Gicht _____ | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> HNO-Erkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

OPERATIONEN

Welche Operationen wurden wann durchgeführt? _____

FRAGEN ZUR MIKTION

WIE OFT MÜSSEN SIE NACHTS WASSERLASSEN ?

___ X **(Bitte tragen Sie hier Zahlen ein, z.B.: 1-2x)**

Menge: groß mittel klein wechselnd

**WIE OFT MÜSSEN SIE TAGSÜBER WASSERLASSEN ?
(incl. nach dem Aufstehen und vor zu Bett gehen)**

___ X **(Bitte tragen Sie hier Zahlen ein, z.B.: 4-6x)**

Menge: groß mittel klein wechselnd

TRINKMENGE in 24h: ___ Liter



PLÖTZLICHER HARNDRANG

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

STARTVERZÖGERUNG

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

HARNSTRAHL

schwächer deutlich schwächer schwach (kein Bogen mehr)
 sehr schwach (Tröpfeln)
 Strahl gedreht Strahl gespalten

UNTERBRECHUNG DES HARNSTRAHLS

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

NACHLAUFEN NACH DEM WASSERLASSEN

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

NACHTRÖPFELN BEIM ANZIEHEN DER UNTERHOSE

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

GEFÜHL, DASS DIE BLASE NICHT VOLLSTÄNDIG LEER GEWORDEN IST

immer, meist (>50%) oft (<50%)
 gelegentlich (vereinzelt am Tag oder nicht jeden Tag) sehr selten, nie

SIND SIE FÜR STATIONÄRE AUFENTHALTE PRIVAT ZUSATZVERSICHERT?

NEIN
 JA mit Chefarztbehandlung: ja nein
 Einbettzimmer Zweibettzimmer

Vielen Dank!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____