

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

(z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Godamed, Plavix o.ä.) ?

wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

.....

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden (auch nicht urologische)?

ja nein

wenn ja, tragen Sie bitte Art der Operation und Jahreszahl ein.

.....

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes (Zuckererkrankung) ja nein

Herzbeschwerden/Herzinfarkt ja nein

Magenbeschwerden
(Sodbrennen, Magengeschwüre)..... ja nein

Schilddrüsenerkrankungen..... ja nein

Hypertonus (Bluthochdruck) ja nein

Thrombosen oder Embolien..... ja nein

Rücken- oder Bandscheibenerkrankung ja nein

Sind in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten?

ja nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) gemacht?

ja nein

Wird Ihr Impfschutz regelmäßig überprüft?

ja nein

Rauchen Sie?

nein (nie) ja, ca.Zigaretten/Tag

nicht mehr, ich habe aufgehört seit

Zu welchem urologischen Themenbereich möchten Sie beraten / behandelt werden?

- Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchung des Mannes
- Potenzminderung
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Samenleiterdurchtrennung (Sterilitätsoperation)
- Inkontinenz
- Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)
- Nierenerkrankung / Steinleiden
- andere:

Dürfen wir Ihre Befunde an den Hausarzt oder Überweisungsarzt weitergeben?

ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Überweisung Hausarzt Empfehlung Internet Sonstiges

.....
(Datum) (Unterschrift)