

Personalien Patientin / Patient

Praxisstempel

## Fragebogen Praxispatient

Welche genau Beschwerden ( seit wann ?, wie gravierend ?, wo ? ) führen Sie in meine Sprechstunde?

Waren Sie schon einmal bei einem Urologen? Wenn ja, wegen welcher Beschwerden?

Leidet jemand in Ihrer Familie oder ein direkter Verwandter an einer urologischen Erkrankung ?

Beruf:

Hausarzt:

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gicht (Harnsäureerhöhung)	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßverengung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Krankheiten ( bitte vollständige Aufzählung, seit wann bekannt )

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja, bitte genauen Namen ( z.B. Marcumar, ASS oder Metformin )

Wenn sie einen ausgedruckten Plan mitführen, diesen an der Rezeption abgeben und dann nur hier schreiben: s. Medikamentenplan

Leiden Sie an einer Allergie? Wenn Ja, wogegen ( Medikament, Substanz, bitte ggf. Allergiepass vorlegen )?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn Ja, welche und wann?

.....  
Datum

.....  
Unterschrift