

Patientenfragebogen beim ersten Besuch der Praxis

1. Welche Beschwerden haben Sie? - Seit wann?

2. Angaben zur Vorgeschichte:

- a) Wie häufig müssen Sie Wasser lassen? tags: _____ nachts: _____
b) Können Sie den Urin beim Husten,
Niesen oder Sport halten? ja _____ nein _____

3. Beschwerden beim Wasserlassen:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- a) Verzögerter Beginn _____
b) Nachträufeln _____
c) Abgeschwächter Harnstrahl _____
d) Erhöhter Harndrang _____
e) Brennen _____
f) Blut im Urin _____
g) Haben Sie Missempfindungen (komisches Gefühl) oder Schmerzen:
Harnröhre _____
Blase _____
Hoden _____
Penis _____
Unterbauch _____
Leiste _____
Damm _____
Vaginalbereich _____
h) Potenzprobleme ja _____ nein _____

bitte wenden !

4. Welche Krankheiten haben Sie außerdem?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Jahr des Erkrankungsbeginn eintragen!)

- | | |
|-------------------------------|---|
| a) erhöhter Blutdruck | nein _____ ja _____ seit _____ |
| b) erniedrigter Blutdruck | nein _____ ja _____ seit _____ |
| c) Zuckerkrankheit (Diabetes) | nein _____ ja _____ seit _____
Insulin seit: _____ |
| d) Schilddrüsenerkrankung | nein _____ ja _____ seit _____ |
| e) Herzerkrankung | nein _____ ja _____ seit _____ |
| f) Herzinfarkt | nein _____ ja _____ seit _____ |
| g) Gefäßerkrankung | nein _____ ja _____ seit _____ |
| h) Schlaganfall | nein _____ ja _____ seit _____ |
| i) Tuberkulose | nein _____ ja _____ seit _____ |
| j) Hepatitis | nein _____ ja _____ seit _____ |
| k) Allergien wenn Ja-welche | nein _____ ja _____ seit _____ |
| <hr/> | |
| l) Krebserkrankung | nein _____ ja _____ seit _____ |
| <hr/> | |
| m) Wirbelsäulenbeschwerden | nein _____ ja _____ seit _____ |
| n) Leistenschmerzen | nein _____ ja _____ seit _____ |
| o) Hämorrhoiden | |
| p) Hatten Sie Unfälle? | Wann und welche? |

5. ALLE Operationen, die Sie bisher hatten (Wann?)

6. Geburten (welches Jahr)

7. Schwangerschaft aktuell?

welcher Monat _____

8. Röntgenuntersuchungen:

Welches Organ wurde zuletzt geröntgt?

9. Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen:

bitte Milligramm und Dosierung angeben
