

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Uropraxis – wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, da sie für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Selbstredend werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber/mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

1. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Bitte ankreuzen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Hypertonus (Bluthochdruck) |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall               |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden           |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     |

2. Ist in den letzten 30 Jahren bei Ihnen eine bösartige Erkrankung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann und welche Operation(en)?

\_\_\_\_\_

4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.

\_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

\_\_\_\_\_

6. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z.B. Prostata-Krebs, Darmkrebs) oder anderweitige chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes)?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Rauchen Sie?

nein  ja ( \_\_\_ Zigaretten am Tag)  nicht mehr, ich habe aufgehört seit \_\_\_\_\_

8. Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, im wievielten Monat? \_\_\_\_\_ Vorherige Geburten?  ja  nein

9. Zu welchem urologischen Themenbereich möchten Sie beraten / behandelt werden?

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

10. Möchten Sie unsererseits über Vorsorgetermine informiert werden?  ja  nein

11. Dürfen wir Ihnen als besonderen Service Informationen mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja  nein

**Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer oben aufgeführten Angaben:**

---

**Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)**

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Uropraxis meine Daten an andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialleistungsträger, Ärztekammern, private Verrechnungsstellen, Meldungen gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten), Berufsgenossenschaften (bei Berufskrankheiten), Datenschutzbehörden, Apotheken, Laboreinrichtungen und Medizinproduktunternehmen (Hilfsmittelanforderung) weiterleiten und für die urologische Behandlung notwendige Unterlagen bei Ärzten, Krankenhäusern und/oder Rehakliniken einholen und archivieren darf. Dies gilt auch für bereits vorliegende Unterlagen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft abändern oder widerrufen kann.

---

**Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)**

**Herzlichen Dank für Ihre Mühe!  
Ihre Uropraxis-Teams**

PS: Wie wurden Sie auf die Uropraxis Dr. Buschmeyer & Hauffe aufmerksam?

- Arzt  Bekannte(r)  Internet  Zeitungsanzeige  
 Praxisschild  Telefonbuch  Sonstiges: \_\_\_\_\_